
Hist.
RC546
824G

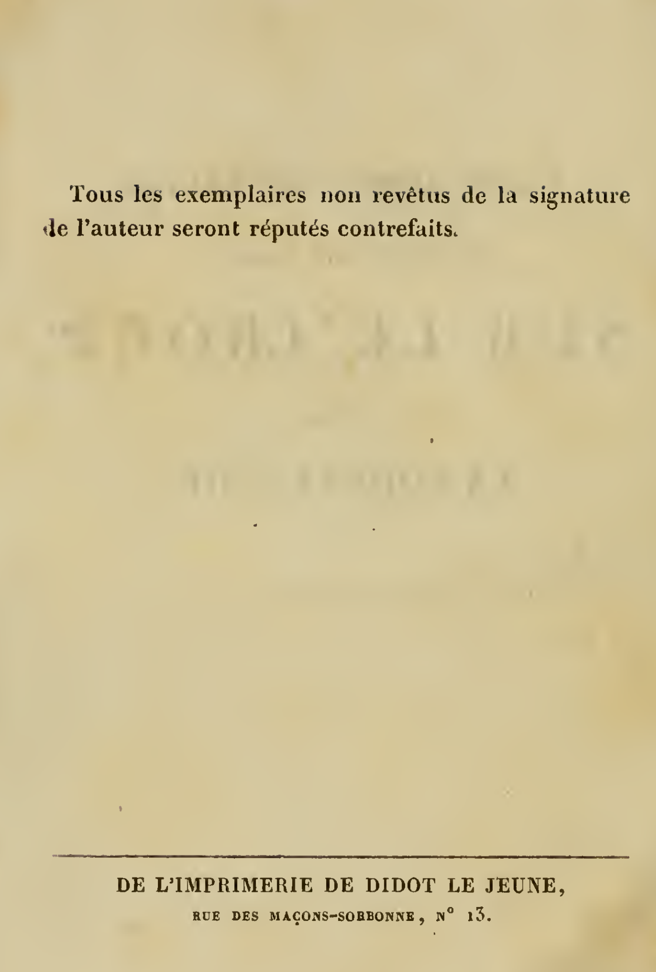
RECHERCHES NOUVELLES

ET OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR LE CROUP

ET SUR

LA COQUELUCHE.



DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

RUE DES MAÇONS-SORBONNE, N° 13.

RECHERCHES NOUVELLES

ET OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR LE CROUP

ET SUR

LA COQUELUCHE;

SUIVIES

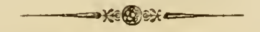
DE CONSIDÉRATIONS SUR PLUSIEURS MALADIES DE LA POITRINE ET DU CONDUIT DE LA RESPIRATION DANS L'ENFANCE ET DANS LA JEUNESSE;

PAR

THÉODORE GUIBERT,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, Médecin du Bureau de charité du dixième arrondissement, Membre de la Société de médecine pratique, ancien Élève interne de première classe de l'hôpital des Enfans, etc.

Paucis utatur medicus remediis,
iisque selectis.



A PARIS,

Chez BÉCHET, libraire, place de l'École de Médecine, n° 4;
et chez l'AUTEUR, rue de Grenelle-Saint-Germain, n° 40.

1824.

A M. NAUCHE,

MÉDECIN-CONSULTANT DE L'INSTITUTION ROYALE DES JEUNES AVEUGLES.

MONSIEUR,

L'approbation dont vous avez honoré ce faible travail m'encourage à le publier sous vos auspices. Votre suffrage, Monsieur, m'est d'autant plus précieux que vous vous êtes vous-même livré depuis long-temps avec succès à l'étude des maladies des enfans. Puissent ces nouvelles recherches sur quelques-unes des plus redoutables affections du jeune âge réaliser les espérances d'utilité que vous avez bien voulu en concevoir !

T. G.

PRÉFACE.

De toutes les maladies auxquelles l'enfance est sujette, celles de l'appareil respiratoire et des organes vocaux, dont les connexions avec celui-ci sont si intimes, peuvent être regardées comme les plus fréquentes et les plus meurtrières. Trois surtout, la pneumonie, le catarrhe bronchique et la phthisie pulmonaire, se font remarquer presque autant de fois à cet âge que toutes les autres réunies; et ce sont également celles qui, conjointement avec le croup et les diverses espèces d'angines, immolent le plus de victimes. C'est une vérité dont j'ai pu me convaincre à l'hôpital des Enfans, auquel j'ai été autrefois attaché en qualité d'élève interne. Sur un millier d'observations que j'y ai recueillies, trois ou quatre cents environ appartenaient aux maladies de l'appareil respiratoire.

Parmi les lésions du conduit aérien, il en est deux qui doivent principalement fixer l'attention du praticien : l'une par la rapidité de sa marche, le cortege redoutable de symptômes dont elle s'accompagne, et l'effrayante mortalité qui la suit; l'autre par sa fréquence, son opiniâtreté, et les dangers qu'elle présente trop souvent : je

veux parler du croup et de la coqueluche. Depuis une vingtaine d'années, ces deux affections, et surtout la première, ont été l'objet d'un grand nombre de recherches, et ont fourni la matière de dissertations multipliées. Un concours spécial a même été ouvert sur le croup par le Gouvernement au commencement de ce siècle. Cependant, malgré tous ces travaux, les praticiens sont peu d'accord sur le traitement qui convient à ces maladies, et il n'est pas rare de les voir confondues avec d'autres qui s'en rapprochent par certains traits de ressemblance. Affligé de l'incertitude qui règne encore sur la nature et la thérapeutique du croup et de la coqueluche, dont les suites terribles m'ont si souvent frappé les yeux, j'ai pensé qu'il serait peut-être utile de publier les observations que j'ai recueillies sur ces affections et sur quelques autres maladies de la poitrine ou des voies aériennes, et d'y joindre les reflexions qu'elles m'ont suggérées (1).

J'ai divisé cet ouvrage en trois parties. Dans la première, je m'occupe exclusivement de l'an-

---

(1) Les observations cliniques que je publie dans cet ouvrage ont été rédigées, la plupart, sous les yeux de M. Guersent, médecin de l'hôpital des Enfans. Je saisis cette occasion pour payer à ce praticien estimable, et à son collègue, M. Jadelot, médecin du même hôpital, le juste tribut d'éloges que mérite leur zèle pour l'avancement de la médecine des enfans. Je croirais aussi

gine croupale. Après avoir fait d'une manière succincte, mais cependant aussi étendue qu'il m'a été possible, son histoire médicale, et avoir indiqué la théorie de sa formation, je passe au traitement qui lui est applicable, et j'examine avec quelques détails les diverses méthodes curatives qui ont été employées jusqu'à ce jour pour la combattre. J'ajoute à la suite du traitement les observations les plus intéressantes que j'ai faites sur le croup, et je présente quelques réflexions sur chacune d'elles. Je finis par une conclusion dans laquelle j'expose, sous forme de corollaires, les caractères principaux de l'angine croupale, et la méthode de traitement mixte qui me semble devoir être employée de préférence dans cette affection.

La deuxième partie est consacrée à la coqueluche. Je suis pour cette maladie le même ordre que pour le croup, et je rapporte également à la suite du traitement un certain nombre d'observations qui me sont propres.

Enfin la dernière partie se compose de considérations détachées sur plusieurs affections des organes de la voix et de la respiration dans l'en-

manquer à la reconnaissance que je dois aux bons avis de M. Nauche, médecin-consultant de l'institution royale des jeunes aveugles, et à ceux de mon ami le docteur Moulin, chirurgien en chef du 4e dispensaire, si je ne rappelais les nombreux succès qu'ils obtiennent tous les jours dans le traitement des maladies du jeune âge.

fance et dans la jeunesse. J'y donne principalement des détails sur l'angine variolique, sur l'œdème de la glotte, sur la pneumonie et sur la dilatation des bronches. La bronchite et la phthisie pulmonaire, affections très-fréquentes dans tous les âges, et appartenant à la même classe d'organes, trouvent aussi leur place dans le cadre étroit que je me suis tracé. Je joins à cette troisième partie les observations qui en dépendent, m'efforçant ainsi de réunir toujours deux choses qui doivent être inséparables en médecine, le précepte et l'exemple.

Je ne me dissimule pas l'extrême difficulté qu'il y aurait à fournir une histoire complète des maladies dont je vais traiter, ni l'imperfection et la faiblesse de mes moyens pour parvenir à ce but si désirable. Mais je ne me suis pas proposé de remplir une tâche si elevée, et dont il serait presque téméraire d'oser se charger dans l'état actuel de nos connaissances sur les lésions des organes respiratoires. Ma seule intention est d'offrir le résultat de mes recherches sur cet objet, et d'en provoquer de nouvelles: heureux si je puis aider à soulever une partie du voile dont se couvre encore l'étude de ces maladies si funestes, et contribuer surtout à rendre le traitement du croup et de la coqueluche plus rationnel et plus certain!

RECHERCHES NOUVELLES

ET OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR LE CROUP

ET SUR

LA COQUELUCHE.

PREMIÈRE PARTIE.

DU CROUP,

OU ANGINE SUFFOCANTE DES ENFANS.

CHAPITRE PREMIER.

DESCRIPTION DU CROUP.

ART. I. *Généralités.*

Définition. Le croup est une inflammation de la membrane muqueuse du conduit aérien, presque exclusive à l'enfance, et spécialement caractérisée par une marche très-aiguë et par une tendance constante à la formation d'une fausse membrane dans l'intérieur de ce canal.

Synonymie. Cette maladie a reçu un grand nombre de dénominations. On la trouve désignée dans les auteurs sous les noms suivans :

angina polyposa sive *membranacea*, MICHAELIS; *suffocatio stridula*, HOME; *angine trachéale*, CULLEN; *angine suffocante*, ENGSTROEM; *cynanche stridula*, WAHLBOM et CRAWFORD; *affectio orthopnoïca*, BAILLOU; *angina strepitosa*, GHISI; *angina laryngea exudatoria*, HUFELAND; *morbus truculentus infantum*, VAN-BERGEN; *cynanche trachealis*, DICK; *tracheitis infantum*, FRANCK et ALBERS; *laryngo-trachéite*, M. BLAUD; *orthopnée membraneuse*, *mal de gorge des enfans*, *esquinancie maligne*, *catarrhe suffocant*, etc.

Les auteurs que je viens de citer sont, avec MM. Pinel (1), Richerand (2), Chaussier (3), Double (4), Caron (5), Giraudy (6), Vieusseux (7), Macartan (8), Royer-Collard (9), Portal (10), Shwilgué (11), Desessarts (12), Valen-

(1) Nosographie philosophique, 5e édit.

(2) Nosographie chirurgicale, 5e édit.

(3) Note insérée à la suite de la Pyrétologie méthodique de Selle, traduite par M. Nauche, 2e édit.

(4) Traité du croup, 1811.

(5) Traité du croup aigu, 1808.

(6) De l'angine trachéale connue sous le nom de *croup*, 1811.

(7) Mémoire sur le croup. Genève, 1812.

(8) Dissertation sur la coqueluche et le croup, 1803, in-4°.

(9) Dictionnaire des sciences médicales.

(10) Mémoire sur la nature et le traitement de plusieurs maladies.

(11) Dissertation sur le croup aigu des enfans, 1802.

(12) Mémoire sur le croup, 1808.

tin (1), Guersent (2), Desruelles (3), etc., ceux qui se sont occupés avec le plus de succès de l'histoire médicale et de la thérapeutique du croup. Rosen et Underwood ont aussi traité de cette affection dans leurs ouvrages sur les maladies des enfans.

Étymologie. Le mot *crowp* est écossais. On l'a employé d'abord pour désigner cette espèce d'angine si fréquente dans la partie septentrionale de la Grande-Bretagne. Il a été depuis généralement adopté (4).

Siége. Le siége du croup est dans la membrane muqueuse qui tapisse le conduit de la respiration depuis l'entrée du larynx jusqu'aux premières divisions des bronches. L'inflammation peut comprendre toute l'étendue de cette membrane ou n'en affecter qu'une partie, comme le démontre l'anatomie pathologique.

Nature, ou caractère essentiel. La nature du croup est essentiellement et primitivement inflammatoire. Je ne pense pas qu'il soit possible d'admettre un croup nerveux sans symptômes

---

(1) Recherches historiques et pratiques sur le croup, 1812.

(2) Dictionnaire de médecine.

(3) Traité théorique et pratique du croup.

(4) Pour éviter les répétitions, j'emploierai indifféremment dans cet ouvrage les expressions de *croup* et d'*angine croupale*.

d'inflammation ; car la nature même des symptômes, la fièvre, la douleur locale, le gonflement de la région du cou, la rougeur de la membrane muqueuse des voies aériennes, que l'ouverture des corps a constamment fait voir; la production des couches albumineuses concrètes dont se revêt cette membrane, tout indique un travail inflammatoire depuis le début de la maladie jusqu'à l'instant de sa terminaison. « L'ouverture des sujets, dit Rosen, prouve « que la maladie est inflammatoire; ce que « montre assez la couenne dont le sang est « couvert. »

Mode de manifestation. Le croup est ordinairement sporadique, et se manifeste isolément par suite de l'action des causes que je vais énumérer plus bas. Souvent il est épidémique. C'est ainsi que je l'ai vu frapper simultanément un certain nombre d'individus à la suite de vicissitudes atmosphériques ; et il n'est guère de praticiens à Paris qui tous les ans ne puissent faire la même observation. Cette angine est endémique dans les pays froids et humides qui sont exposés à des changemens brusques dans la température, tels que la Suède et l'Écosse. Jamais elle n'est contagieuse. Aucune observation ne prouve qu'elle puisse l'ê-

tre, et sa nature même doit en faire rejeter l'idée.

Historique. Quoique le croup ne soit à peu près bien connu que depuis un demi-siècle, il est vraisemblable qu'il a existé de tout temps, et que ce n'est point une maladie nouvelle, puisqu'il est toujours le résultat des vicissitudes de la température : on le confondait sans doute auparavant avec d'autres maladies ; ou bien les médecins qui parvenaient à le distinguer lui attribuaient un caractère particulier de malignité qui lui faisait donner le nom d'*angine maligne*. La rapidité extrême de sa marche et sa terminaison fréquemment mortelle semblaient confirmer cette idée et justifier cette dénomination si vague par elle-même, à une époque où l'on faisait rarement des ouvertures de corps, et où l'on ne pouvait par conséquent s'éclairer sur la véritable nature d'un mal que rien n'indique à l'extérieur.

Il n'est guère possible de décider si le croup est maintenant plus fréquent qu'il ne l'était autrefois. Il serait également bien difficile de déterminer d'une manière précise jusqu'à quel point il est fréquent et meurtrier. Ces questions, au reste, ne sont pas les plus importantes à éclaircir, et leur solution dépend de

circonstances trop nombreuses et trop variables pour qu'on s'en occupe avec succès.

Quant à l'influence des climats sur la fréquence du croup, on ne saurait la révoquer en doute; car il est prouvé que les pays du nord y sont plus exposés que les régions méridionales.

Quoi que l'enfance soit presque exclusivement affectée du croup, les autres âges n'en sont pas entièrement exempts. Plusieurs observations démontrent que la maladie dont il est ici question peut aussi se développer à une époque plus avancée de la vie. Mais cela ne doit arriver que rarement, et l'angine croupale présente alors quelques différences subordonnées à celles des âges.

Prédispositions naturelles. Diverses circonstances anatomiques et physiologiques concourent à rendre le croup plus fréquent dans l'enfance, et à lui imprimer le caractère qui le distingue. Ce sont surtout, 1° l'étroitesse du conduit aérien, et de la glotte en particulier; 2° la vive sensibilité du système muqueux, en général, à laquelle participe la membrane des voies respiratoires; 3° l'extrême difficulté de l'expectoration à cet âge, ce qui favorise l'amas des mucosités dans le conduit de la respira-

tion, et par suite l'obstruction des rameaux bronchiques ; 4° l'activité de la circulation, qui explique le développement facile des inflammations à cette époque de la vie, l'intensité de leurs symptômes, et la rapidité de leur marche ; 5° l'abondance des matières fournies par les sécrétions et les exhalations, et principalement de celles des transpirations cutanée et pulmonaire, et des sécrétions muqueuses des voies aériennes ; 6° la sympathie étroite qui unit ces dernières fonctions, sympathie en vertu de laquelle elles se suppléent mutuellement, et d'où résulte le surcroît d'action de l'une, lorsque l'activité de l'autre diminue ; 7° la ténuité et la mollesse du tissu de la peau, la légèreté des vêtemens dont on habille les enfans, l'imprudence avec laquelle ils s'exposent au froid ayant le corps couvert de sueur, et font succéder le repos le plus absolu aux exercices les plus immodérés.

ART. II. *Causes.*

Les causes de l'angine croupale sont *prédisposantes* ou *déterminantes*.

Les causes prédisposantes sont générales ou individuelles. Les *générales* comprennent les vicissitudes atmosphériques et les saisons où

règne une température inconstante, telles que l'hiver et l'automne. C'est surtout dans les temps froids et humides que le croup se développe. On a remarqué aussi qu'il se manifestait plus fréquemment sur les bords de la mer et dans les villes maritimes. Les *causes prédisposantes individuelles* sont, l'enfance, le tempérament sanguin, et le lymphatique. J'ai déjà dit pourquoi l'enfance est plus sujette au croup. C'est surtout d'un an à sept ou huit que cette angine est plus fréquente (1). Elle attaque indifferemment les enfans de l'un et l'autre sexe, et presque aussi souvent ceux qui sont faibles que ceux qui jouissent d'une constitution robuste.

Parmi les *causes déterminantes* on doit ranger les cris violens, les exercices immodérés, la suppression brusque de la transpiration par une exposition subite au froid, à l'humidité, au vent du nord ou de l'ouest; les boissons froides prises dans le moment où le corps est en sueur, la répercussion d'un exanthème, l'introduction d'un corps étranger dans le larynx ou dans

---

(1) La rareté du croup, aussi-bien que des affections catarrhales, avant le sevrage, ne dépend-elle pas de la grande surveillance exercée envers les enfans pendant l'allaitement, et des soins assidus qu'on leur prodigue, ainsi que de l'uniformité de leur régime?

la trachée-artère (1), l'inhalation d'un gaz irritant, d'une vapeur âcre, d'une matière pulvérulente, capable d'agir sur la membrane muqueuse du conduit aérien d'une manière mécanique ou chimique. C'est ainsi que le chlore a pu produire des croups artificiels, suivant les expériences de M. Chaussier sur des animaux.

Souvent le croup survient à la suite d'un catarrhe pulmonaire, d'une angine gutturale intense, par l'extension de la phlegmasie dans le larynx et dans la trachée. D'autres fois une angine laryngée ou une angine trachéale simple dégénère en véritable croup par l'accroissement des symptômes inflammatoires.

On a vu l'angine croupale se manifester à la suite de la coqueluche, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole; et la pratique en offre

---

(1) Cette cause ne me paraît devoir agir que dans certaines circonstances. Elle ne produit pas, dans la plupart des cas, un véritable croup, mais seulement un trouble local, une série de phénomènes plus ou moins inquiétans, qui se dissipent après la sortie du corps étranger, ou qui subsistent lorsque ce corps a séjourné long-temps dans le conduit de la respiration, et y a produit soit une phlegmasie chronique, soit une ulcération de la membrane, et une phthisie muqueuse. C'est donc à tort que M. Caron, auteur d'un traité sur le croup, regarde cette angine et l'affection produite par la présence d'un corps étranger dans le larynx comme essentiellement et constamment identiques.

tous les jours des exemples. Je rapporterai dans la suite de cet ouvrage deux observations d'angine variolique d'après lesquelles on ne peut méconnaître dans cette dernière une grande analogie avec le croup essentiel.

ART. III. *Symptômes.*

Avant d'énumérer les symptômes du croup, arrêtons-nous un instant sur ses phénomènes précurseurs.

Assez ordinairement le croup est précédé de fièvre, de coryza, d'éternuement, de toux. L'enfant est triste, morose; il a du dégoût, de l'inappétence; il éprouve de l'anxiété, de la gêne dans la respiration. Bien plus souvent cependant l'invasion de la maladie est subite, sans phénomènes précurseurs. Parfois aussi, comme il a été dit plus haut, le croup se développe à la suite d'une autre maladie.

Dans la plupart des cas, le prélude ne consiste que dans une affection catarrhale plus ou moins intense, et dont la durée varie depuis deux ou trois jours jusqu'à huit ou dix. C'est alors qu'a lieu l'invasion et que se manifestent les symptômes suivans, qui caractérisent le croup.

Au début, la voix du malade change de tim-

bre ; elle est rauque, enrouée. Il y a sentiment d'ardeur douloureuse et de constriction au larynx et à la trachée ; cette gêne est augmentée durant l'inspiration ; elle l'est aussi par la déglutition, qui se conserve ordinairement libre. L'enfant crie, s'agite, porte machinalement la main vers le cou, et semble vouloir indiquer le siége de sa maladie ; quelquefois la région antérieure du cou offre une tuméfaction sensible. La respiration est laborieuse et bruyante. La toux survient, d'abord sèche, puis humide ; elle est fatigante, rauque et sonore ; elle revient par accès, et rend les douleurs et l'anxiété plus vives. La peau est chaude, la face animée, le pouls fébrile, fréquent et développé.

Les symptômes augmentent d'intensité. La voix, rauque dans le principe, devient aiguë, perçante, ou bien elle manque tout à coup. L'inspiration s'accompagne de sifflement ; la douleur de la région du cou persiste ; l'anxiété est extrême, la toux plus fréquente et plus pénible. Le malade rend par la bouche un liquide visqueux, écumeux, parfois teint de sang, mais le plus ordinairement blanchâtre : ce liquide acquiert de l'opacité et de la consistance. Quelquefois l'enfant rejette des concrétions al-

bumineuses semblables à des tubes ou à des lambeaux membraniformes. Ces concrétions ne sortent qu'avec de grands efforts, souvent accompagnés de vomissemens, et leur expulsion est toujours suivie d'un soulagement momentané. Cependant la fièvre devient plus intense; le pouls est vif et accéléré, la peau brûlante, le visage rouge et gonflé. Le malade éprouve de la soif, mais il boit avec difficulté et douleur. Il y a de la constipation, rarement de la diarrhée. Celle-ci est même supprimée, lorsqu'elle existait auparavant. Les urines sont rouges, quelquefois blanchâtres, troubles, lactescentes. Il y a de l'insomnie et plus fréquemment de la somnolence; le sommeil est interrompu par la toux, qui augmente la nuit, ainsi que les autres symptômes. On observe, dans certains cas, du délire; mais il est plus ordinaire de voir les facultés intellectuelles se conserver dans toute leur intégrité.

A une époque plus avancée, les symptômes acquièrent une gravité effrayante. La respiration est presque impossible, et le malade ne peut respirer qu'en se mettant sur son séant (orthopnée), ou en renversant la tête en arrière. L'anxiété est à son comble : l'enfant, presque suffoqué, est dans une agitation extrême;

ses mouvemens sont brusques, désordonnés, convulsifs; la face devient bleue et gonflée; les lèvres sont violettes; les yeux, rouges et larmoyans, roulent avec force dans leurs orbites, qu'ils semblent prêts à franchir. Le pouls devient vif, irrégulier, intermittent; quelquefois il est enfoncé, vermiculaire et disparaît sous la pression du doigt. Alors la voix, faible et plaintive, s'éteint par degrés, la suffocation est imminente, et la mort prochaine.

Souvent encore, à ces derniers instans, on observe des phénomènes adynamiques, comme dans la plupart des maladies dont la terminaison est mortelle; faiblesse extrême, refroidissement des extrémités, pâleur générale, petitesse et rareté du pouls, excrétions alvines et urinaires involontaires.

ART. IV. *Marche et durée.*

En considérant les phénomènes du croup et leur progression, on voit qu'il est possible de distinguer trois périodes dans la marche de cette maladie.

La *première période*, ou celle d'*invasion*, d'*irritation*, est caractérisée par l'apparition des phénomènes inflammatoires et par l'altération des fonctions de la voix et de la respiration.

La *deuxième période*, ou celle de la *sécrétion albumineuse*, consiste dans l'accroissement de tous les symptômes locaux et généraux, et dans l'abondante sécrétion qui a lieu à la surface de la membrane muqueuse des voies aériennes. La matière sécrétée, plus ou moins épaisse, tantôt se concrète en fausse membrane et adhère au conduit aérien, tantôt est expulsée dans les efforts de toux ou de vomissement, après ou sans avoir subi cette transformation.

La *troisième période* enfin, celle de *suffocation*, d'*adynamie*, annonce, par l'accroissement rapide et l'aspect sinistre de tous les symptômes, la mort qui doit suivre la maladie lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou combattue par un traitement mal dirigé.

Ces trois périodes du croup sont assez faciles à distinguer avec un peu d'attention, quoique leur succession ait lieu d'une manière insensible, et qu'elles ne soient séparées par aucun intervalle marqué. Leur distinction n'est d'ailleurs importante qu'en ce qu'elle peut éclairer le médecin sur la nature de la maladie, et lui faire mesurer le degré de danger qui menace les jours du malade.

Rosen, qui parait s'être attaché surtout à distinguer la seconde période de la première,

dit que les urines du malade sont claires dans le premier degré du croup, tandis qu'elles sont troubles et sédimenteuses dans le second.

L'angine croupale n'offre pas toujours une marche continue. Souvent il y a exacerbation des symptômes vers le soir où dans la nuit. Alors la voix est plus altérée, la respiration plus difficile, la toux plus fréquente et plus pénible. Le pouls s'accélère, devient irrégulier; la face se gonfle et prend une teinte bleuâtre; le cœur et les artères battent fortement. Le malade sue; il s'agite; il éprouve des angoisses extrêmes; la douleur du larynx ou de la trachée est plus vive, l'inspiration plus sifflante, l'expiration plus obscure. Quelquefois la vessie et le rectum se vident involontairement. Mais à l'instant où la perte de l'enfant paraît inévitable, tous les symptômes diminuent et la *rémission* a lieu.

La durée ordinaire du croup est de trois, quatre, cinq ou six jours, à dater de l'invasion. Il peut, dans certains cas, se prolonger jusqu'au dixième ou douzième jour, ce qui s'observe rarement. Une variété, très-aiguë, ne dure que vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

ART. V. *Phénomènes caractéristiques du croup, et diagnostic de la maladie.*

Parmi les symptômes du croup, il en est plusieurs sur lesquels le praticien doit surtout fixer son attention pour se faire une juste idée de la maladie. Ce sont les suivans :

1° *L'altération de la voix.* Ce signe est constant, et l'un des plus remarquables. La voix est toujours rauque dès le début; elle devient ensuite aiguë, *glapissante*, et finit par s'éteindre complètement. On a voulu la comparer au cri d'un jeune coq, ou au bruit qui se produit lorsqu'on souffle dans un tuyau d'airain. Mais le changement de la voix varie de mille manières, et cette comparaison ne peut par conséquent lui convenir toujours. Cependant, malgré toutes ces nuances, le genre d'altération qu'éprouve la voix des individus atteints du croup a quelque chose de si frappant et de si particulier à cette maladie, qu'il suffit, comme l'ont remarqué les auteurs, de l'avoir observée une fois avec attention pour ne plus guère se méprendre sur la nature de cette angine.

2° *Le caractère de la toux.* Dans le principe, la toux est sèche et rauque; bientôt elle devient sonore; un bruit singulier l'accompagne, et

persiste avec l'enrouement. La toux, en raison du caractère qu'elle offre alors, et qui semble appartenir spécialement à cette affection, a reçu le nom de *toux croupale*. Elle vient par quintes, à certains intervalles, et s'accompagne d'efforts considérables, parfois aussi de vomissemens. La plus légère circonstance suffit pour la provoquer.

3° *L'expulsion par la bouche de mucosités ou de concrétions membraniformes*. Ce phénomène a presque toujours lieu, et survient à la suite d'un accès de toux. Il ne commence à se manifester que dans la deuxième période, et lorsqu'il existe, il contribue à rendre plus évidente la nature de la maladie. L'expulsion des mucosités est plus facile, et s'observe plus fréquemment que celle des concrétions membraneuses.

4° *La gêne de la respiration*. L'acte respiratoire est toujours pénible dans le croup, le passage de l'air se trouvant embarrassé par le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse des voies aériennes, ou par les mucosités et les fausses membranes qui obstruent ce conduit, et peut-être aussi, comme le pense M. le professeur Royer-Collard, par la contraction spasmodique des muscles du larynx. Dans

l'angine croupale, l'inspiration est aiguë et sifflante, l'expiration sourde et profonde.

5° *La douleur dans la région du cou.* Cette douleur, compagne de l'inflammation, indique le siége qu'elle occupe. Elle augmente par la pression. L'enfant crie, et porte souvent la main vers l'endroit où il souffre, par un mouvement automatique; mais ce phénomène ne s'observe pas constamment. Souvent, chez les enfans très-jeunes, on ne peut s'assurer de l'existence de cette douleur, puisqu'ils ne peuvent exprimer leurs idées; mais le symptôme n'en existe pas moins. Si l'on presse avec la main sur la région du larynx, on détermine des cris et de l'agitation. On peut donc ranger ce signe parmi ceux qui caractérisent le croup.

6° Enfin *la fièvre.* Celle-ci accompagne toujours l'angine croupale; elle est aussi d'une grande valeur pour la faire distinguer de plusieurs autres affections analogues.

Tels sont les symptômes essentiels ou caractéristiques du croup. Il existe d'autres phénomènes qu'on peut nommer *symptômes accessoires* de cette maladie; ils sont moins importans que les premiers, et ne s'observent ni aussi constamment, ni avec autant de régularité. Je me

contenterai de les énumérer dans l'ordre de leur importance pour le diagnostic. Ce sont, 1° le gonflement extérieur du cou, 2° les vomissemens, 3° l'enduit de la langue (il est un peu blanchâtre, toujours humide), 4° la perte de l'appétit, 5° les urines blanchâtres et troubles, 6° les hémorrhagies nasales, 7° la somnolence et l'assoupissement, 8° l'altération des fonctions des sens et des facultés intellectuelles: ce dernier phénomène ne se fait observer que quand il y a de l'assoupissement. Le délire ne survient guère que lorsque l'inflammation a déjà acquis beaucoup d'intensité.

C'est sur l'ensemble de ces symptômes ou sur la réunion de plusieurs d'entre eux, et particulièrement de ceux qui sont dits *caractéristiques*, qu'est fondé le diagnostic du croup. En résumé, on doit soupçonner l'existence de cette maladie avant qu'elle soit bien prononcée, lorsque, chez un enfant, la voix s'altère d'une manière subite ou à la suite des phénomènes précurseurs énoncés plus haut; qu'elle devient rauque, et qu'à l'enrouement il se joint de la toux, de la difficulté de respirer et de la fièvre. On doit également tenir compte des circonstances antécédentes, de l'influence de la saison et des vicissitudes atmosphériques. Ces

soupçons de la maladie seront ensuite confirmés ou détruits par le caractère et la marche des principaux symptômes. Mais il n'arrive pas toujours que le médecin soit appelé au moment de l'invasion, et le diagnostic devient alors plus facile, en même temps que le croup est plus avancé et plus difficile à guérir.

ART. VI. *Lésions cadavériques observées à la suite du croup.*

L'anatomie pathologique du croup est une des parties les plus importantes de l'étude de cette maladie. Ce n'est que par l'inspection des organes affectés du croup, après la mort des individus, qu'on a pu reconnaître la véritable nature de cette angine. On peut ranger sous deux classes les lesions cadavériques observees à la suite du croup.

PREMIÈRE CLASSE. Lésions du conduit aérien.

Ces lésions sont les suivantes :

1° *La rougeur de la membrane muqueuse des voies aériennes.* Ce phénomène existe constamment. Tantôt la rougeur occupe toute l'étendue de la membrane muqueuse, tantôt elle n'en affecte qu'une partie. Son intensité varie beaucoup ; assez souvent on n'en aperçoit que des

traces. Elle peut également, séparée par des espaces blanchâtres ou d'une teinte moins foncée, se montrer en différens points de la surface interne des voies aériennes. Le plus ordinairement, la rougeur s'aperçoit sur la surface muqueuse du larynx et sur celle des bronches ; elle est alors moins vive dans la trachée. J'ai vu plusieurs fois la rougeur affecter uniquement les bronches et leurs divisions.

2° *Des mucosités*, ou *matières visqueuses et filantes*. Tantôt limpides et incolores, tantôt blanchâtres ou verdâtres, ces matières se rencontrent plus particulièrement dans les bronches, qui en sont quelquefois presque totalement obstruées. Souvent aussi elles se font remarquer à la surface interne de la trachée et du larynx, surtout dans la cavité des ventricules ou sinus de ce dernier.

3° *Des concrétions membraniformes*, ou *couennes albumineuses*. Ces concrétions ont beaucoup de ressemblance avec celles qui se produisent à la surface des membranes séreuses enflammées (1). Leur présence forme un des carac-

---

(1) Il est une espèce d'angine dans laquelle on trouve aussi des plaques membraniformes ; c'est l'*angine pharyngienne couenneuse*. Dans cette angine, qui complique souvent le croup, on trouve de fausses membranes sur les tonsilles, sur le voile du

tères les plus tranchés du croup, soit qu'on les observe après la mort, à l'ouverture du sujet, soit qu'on les remarque pendant la vie, lorsqu'elles sont rejetées par le malade : néanmoins elles n'existent pas toujours. Leur épaisseur varie beaucoup ; elle est plus considérable dans le larynx et dans la trachée que dans les bronches (1). Il en est de même de leur forme ; tantôt ces concrétions constituent un tube exactement semblable au conduit aérien sur lequel elles paraissent moulées ; tantôt elles forment seulement des portions de tube, des zones, des lames, ou bien elles n'affectent aucune figure particulière.

---

palais, sur les narines postérieures et leurs environs. Les plaques membraniformes sont alors placées sous l'épiderme muqueux ou *epithelium* ; ce qui n'a pas lieu dans l'angine croupale, où l'épiderme muqueux est au contraire recouvert par ces concrétions membraneuses. Il existe aussi une phlegmasie de la membrane buccale où l'on observe de pareilles plaques couenneuses, situées sous l'épiderme muqueux. Ces plaques occupent particulièrement les lèvres, les gencives, la face interne des joues. Je les ai fréquemment aussi observées sur les faces supérieure et inférieure de la langue. Cette phlegmasie couenneuse de la membrane buccale n'est pas rare chez les enfans, et on l'a souvent confondue mal à propos avec les aphthes.

(1) Quand la maladie marche rapidement et amène la mort au bout de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, la fausse membrane est mince ; elle est au contraire plus épaisse lorsque l'angine croupale a duré plusieurs jours.

Quelquefois les fausses membranes s'étendent jusqu'à l'épiglotte, et même tapissent une partie du pharynx et de l'arrière-bouche. Ce sont ces concrétions qui, en rétrécissant le conduit aérien et en gênant le passage de l'air, produisent la suffocation, et contribuent dans tous les cas à rendre la respiration si difficile.

Les concrétions membraneuses offrent plus ou moins de consistance, plus ou moins de ténacité. Elles sont d'autant plus molles qu'elles s'éloignent davantage du larynx, et descendent dans les bronches. Parfois elles adhèrent intimement à la membrane muqueuse du conduit aérien, et l'on éprouve de la difficulté à les en détacher. On voit, dans certains cas, ces fausses membranes présenter une apparence d'organisation, et offrir dans leur épaisseur des vaisseaux sanguins qui semblent s'y être développés par une extension, un épanouissement de ceux qui se distribuent à la membrane muqueuse (1).

Théorie de la formation des fausses membranes du croup. Il est facile de concevoir le mécanisme de cette formation. La membrane muqueuse,

(1) Voyez la note de M. Chaussier, insérée dans la Pyrétologie méthodique de Selle, traduite par M. Nauche, 2e édition, p. 300.

enflammée, sécrète une plus grande quantité de mucus, comme cela a lieu dans tous les catarrhes parvenus à leur seconde période. Elle laisse, en outre, exsuder de sa surface une matière *séro-albumineuse* abondante, que fournissent les vaisseaux exhalans, dont l'énergie et l'activité se trouvent considérablement accrues en cet endroit. L'augmentation de température locale, le dessèchement qui en résulte, aussi-bien que de la vaporisation des parties aqueuses de la matière perspirée, laissent à nu l'albumine, qui se concrète, et adhère à la surface sur laquelle elle a été déposée. Ce mécanisme est à peu près le même que celui qui donne lieu à la formation des fausses membranes sur la plèvre, sur le péritoine, sur l'intérieur du conduit intestinal, à la suite d'une pleurésie, d'une péritonite, d'une dysenterie. Le passage continuel de l'air dans les voies respiratoires est une circonstance de plus qui doit favoriser puissamment la concrétion de la matière albumineuse perspirée. Si l'on ajoute à toutes ces circonstances celles qui tiennent à l'âge des sujets, à l'étroitesse du conduit aérien, etc., on verra clairement comment se développe le croup, et pourquoi il est si dangereux.

Cette théorie sur la formation du croup se

trouve confirmée par les expériences de Schwilgué, qui prouvent d'une manière évidente que la production d'une fausse membrane tient au degré de chaleur que l'organe enflammé communique à la matiere exsudée sur sa surface. En effet, lorsque le degré de la phlegmasie a été moindre, on ne trouve qu'une couche pulpeuse qui diffère d'une *couenne* par le degré de coagulation de l'*albumine*. Dans sa dissertation sur le croup, ce médecin démontre que l'on peut imiter toutes les variétés que présente la production morbifique déposée à la surface des voies aériennes. En plongeant la trachée-artère d'un animal dans de l'eau plus ou moins chaude, et même bouillante, ou dans de l'acide muriatique, on convertit le *mucus* qui lubrifie les voies aériennes ou en *une écume semblable à celle que l'on expectore par la toux*, ou *que l'on rejette par le vomissement*, ou bien en *une couche pulpeuse*, ou enfin en *une substance membraniforme :* toutes ces variétés ont lieu en raison du degré de chaleur de l'eau.

Caractère chimique des concrétions membraniformes. Les expériences faites dans le dessein de reconnaitre la nature chimique de ces fausses membranes ayant constaté qu'elles étaient formées par l'albumine, on s'est assuré qu'elles

présentaient toutes les propriétés de ce principe immédiat. Comme l'albumine, en effet, cette matière membraniforme se durcit par la chaleur, par les acides, par l'alcohol et l'éther; elle se dissout par les alcalis. Le chlore et le tannin augmentent sa consistance lorsqu'elle est solide, et la précipitent lorsqu'elle est liquéfiée et suspendue dans un véhicule.

Il peut arriver qu'après la mort à la suite de la deuxième période du croup, on ne trouve point de fausses membranes dans le canal aérien; mais alors on trouve ordinairement en leur place les mucosités visqueuses, et quelquefois puriformes, dont j'ai parlé au commencement de cet article.

4° Dans certains cas, la membrane des voies aériennes peut offrir des ulcérations et des plaques gangréneuses.

DEUXIÈME CLASSE. Lésions des organes voisins.

La membrane muqueuse du pharynx, celle qui tapisse l'épiglotte et la base du larynx, ainsi que celle du voile du palais, des tonsilles et de la partie postérieure des fosses nasales, presentent ordinairement, à la suite du croup, de la rougeur, des mucosités épaisses, et même des concrétions membraniformes semblables

à celles qu'on remarque dans le conduit aérien. J'ai déjà dit que la membrane muqueuse des ramifications bronchiques participait ordinairement à l'inflammation. Il est aussi très-fréquent d'observer un engorgement du poumon, lequel existe souvent des deux côtés de la poitrine, et occupe spécialement le lobe inférieur de ce viscère ; souvent même on remarque un commencement d'hépatisation dans son tissu. Les ganglions bronchiques et les vaisseaux pulmonaires sont également plus ou moins engorgés et volumineux. Enfin, dans la plupart des cas, on trouve après la mort les vaisseaux cérébraux distendus, et remplis d'une grande quantité de sang.

ART. VII. *Terminaisons de l'angine croupale.*

Le croup peut se terminer de diverses manières :

1° *Par la convalescence.* Tantôt elle s'opère sous l'influence d'un traitement bien dirigé dès le principe, et propre à faire disparaître rapidement tous les symptômes inflammatoires avant la formation de la fausse membrane. Elle a lieu dans la première période de la maladie. Le croup alors avorte, pour ainsi dire, peu de

temps après l'invasion. La voix reprend son timbre ordinaire, la toux devient moins rauque et moins fréquente, la fièvre cesse, la respiration s'exécute avec plus de liberté, tous les autres symptômes disparaissent en peu de temps. Cette terminaison est extrêmement favorable, et malheureusement trop rare.

Tantôt le rétablissement de la santé peut avoir lieu dans la deuxième période à la suite d'une expulsion abondante, par la bouche, de matières écumeuses, épaisses, filantes, ayant quelquefois l'apparence de lambeaux membraneux plus ou moins tenaces et consistans. Dans quelques cas, la matière des crachats n'est qu'une simple mucosité puriforme ou sanguinolente..... Ces excrétions s'accompagnent de plus ou moins d'efforts, assez souvent même de vomissemens muqueux. Elles soulagent le malade, et diminuent notablement les symptômes, qui vont ensuite en décroissant. D'autres fois on observe comme phénomènes critiques d'une terminaison heureuse une diarrhée abondante, des urines sédimenteuses, blanchâtres, lactescentes.

Ordinairement le croup qui se termine d'une manière heureuse est suivi d'une affection catarrhale simple, qui persiste plus ou moins de

temps. (Voy. l'article qui suit, *maladies consécutives.*)

2° *Par la mort.* Elle peut arriver des trois manières suivantes,

A. *Par suffocation.* C'est la plus ordinaire. Elle survient assez souvent pendant la nuit. Presque toujours elle arrive au milieu des efforts de toux, et s'accompagne d'un état convulsif. Elle est due tantôt à l'obturation de la glotte ou de l'entrée du larynx par la présence d'une fausse membrane, et quelquefois par le seul gonflement de la membrane muqueuse; tantôt à l'obstruction des bronches et de leurs divisions, par une cause semblable, ou par l'épanchement d'un fluide purulent dans leur intérieur. On doit aussi regarder comme une des principales causes de la suffocation la contraction spasmodique des muscles du larynx et de la glotte. M. Blaud regarde même ce spasme comme la cause unique de la suffocation; mais les autres circonstances que j'ai énoncées plus haut ne contribuent pas moins à la produire. La suffocation arrive dans la deuxième ou la troisième période du croup.

B. *Par l'intensité des symptômes inflammatoires et la violence de la fièvre concomitante.* Il y a

souvent délire continu. Cette espèce de terminaison par la mort s'observe principalement dans la première période (croup foudroyant ou très-aigu).

C. *Par adynamie*, ou *débilité*. Lorsque le croup a duré plusieurs jours, les forces du malade sont nécessairement abattues, et quelques sujets succombent alors à l'adynamie qui se déclare. La debilité peut aussi résulter d'un traitement antiphlogistique poussé à outrance et d'émissions sanguines trop abondantes.

Quelques médecins pensent que la mort peut arriver, dans certains cas, par *gangrène*. On ne l'observe que rarement dans le croup, et presque toujours alors il y a complication d'angine gutturale gangréneuse. Les sujets d'une faible constitution, et chez lesquels la force vitale ne peut opposer une réaction proportionnée à une phlegmasie aussi intense, doivent y être plus exposés que les autres. Il se forme alors des érosions plus ou moins étendues dans la membrane qui tapisse le larynx et la trachée, et la surface ulcérée se recouvre d'un pus grisâtre et fétide.

3° *Par une autre maladie* ou *par le passage du croup à l'état d'inflammation chronique*. Dans

le premier cas, il survient une maladie aiguë très-intense, qui peut elle-même être suivie de de la mort, et qui fait cesser les symptômes du croup. Ainsi il peut se développer subitement une méningite, une pleurésie, une gastrite. Dans le deuxième cas, le croup change de caractère, devient chronique; c'est, pour ainsi dire, une autre affection, dont l'aspect et les symptômes sont tout différens.

ART. VIII. *Maladies consécutives du croup.*

Les maladies consécutives sont de deux espèces. Les unes sont des conséquences naturelles du croup, lorsque celui-ci se termine d'une manière favorable, et elles participent en quelque sorte à sa nature, soit par leur siége, soit par leur caractère. Les autres sont des lésions qui affectent des organes différens de ceux où siége primitivement l'angine croupale; elles peuvent survenir durant le cours de cette dernière, la terminer, et suivre à leur tour la marche qui leur est propre, sans avoir pour cela toujours elles-memes une issue heureuse.

Les maladies consécutives de la première espèce sont les suivantes,

Le catarrhe bronchique. Cette affection. or-

dinairement légère et de peu de durée, se remarque presque toujours à la suite de la guérison du croup par résolution. Elle semble même n'être que le complément et le sceau d'une terminaison favorable.

Le catarrhe chronique des voies aériennes. Cette affection entretient pendant quelque temps la toux, l'altération de la voix, et même une certaine gêne de la respiration. Il n'y a plus de son croupal, et peu ou point de fièvre. Le malade continue de rejeter des matières visqueuses plus ou moins abondantes qui produisent du soulagement. Cet état a une durée variable : il n'a lieu, pour l'ordinaire, qu'après que le croup est déjà parvenu à sa deuxième période, et que néanmoins sa marche a été arrêtée par un traitement méthodique et couronné de succès. Son prognostic n'a rien de dangereux, et la crainte de la suffocation est beaucoup moins fondée que dans le véritable croup à l'état aigu.

Le catarrhe pulmonaire chronique. Cette affection, d'une durée indéterminée, offre encore la chance d'une guérison complète ; et, lorsqu'elle survient à la suite du croup, soit dans la première, soit dans la seconde période, on peut la regarder comme une conséquence favorable de cette dernière maladie.

Les maladies consécutives de la deuxième espèce sont,

La pneumonie ou *la pleurésie.* Il n'est pas rare de voir ces maladies survenir à la suite du croup, ou le terminer. L'irritation ne fait alors, par l'influence d'une cause quelconque, que se transporter de la surface interne du conduit aérien sur le tissu du poumon lui-même ou sur la membrane séreuse de ce viscère. Le malade n'est donc délivré d'un danger imminent que pour retomber dans un autre moins pressant peut-être, mais souvent aussi redoutable par ses résultats.

La gastrite et *l'entérite.* J'ai plusieurs fois observé ces maladies à la suite du croup. Leur production a tenu, dans quelques cas, à l'emploi inconsidéré des irritans dans le traitement de l'angine croupale. L'effet de ces remèdes incendiaires a été de déplacer évidemment l'inflammation, laquelle est venue se fixer sur l'estomac et le conduit intestinal. Une observation que je rapporterai plus bas prouve que le sulfure de potasse, donné dans un cas de croup aigu à une trop forte dose, a déterminé une gastrite extrêmement intense, promptement suivie de la mort.

L'hydrocéphale interne aiguë a été regardée par plusieurs médecins comme une affection consécutive du croup, ayant avec ce dernier une affinité plus ou moins intime. Deux observations rapportées par M. Vieusseux, et quelques autres encore recueillies par divers médecins, peuvent avoir donné lieu à cette opinion. Il me semble, au contraire, qu'il n'y a aucune affinité particulière entre l'hydrocéphale et le croup, et que la succession de l'une de ces maladies à l'autre a été, dans les cas dont il s'agissait, purement accidentelle.

ART. IX. *Complications.*

Plusieurs affections peuvent compliquer le croup, et il est même plus fréquent d'observer celui-ci à l'état de complication qu'à l'état simple. La plupart ont avec l'angine croupale des affinités remarquables, soit par leur siége et par les organes qu'elles occupent, soit par le caractère de leurs symptômes, de leur marche et de leur terminaison. Tantôt elles précèdent le croup ; tantôt elles surviennent durant son cours ou se développent après son déclin. Il a déjà été question de ces dernières : au reste, elles impriment quelquefois à l'angine croupale certaines modifications, et peuvent même en

imposer pour le diagnostic. Il n'est donc pas inutile de jeter un coup-d'œil sur ces complications.

Les aphthes se rencontrent parfois avec le croup ; ils précèdent ordinairement son invasion. Souvent aussi il se développe sur la membrane muqueuse de la bouche des plaques blanchâtres d'une apparence couenneuse, que l'on serait porté, comme je l'ai déjà dit, à confondre avec les aphthes, malgré la différence de leur nature ; et néanmoins leur présence peut coïncider avec le croup, sans apporter aucun changement notable à la marche de cette angine.

La bronchite, ou *catarrhe pulmonaire*, est une complication des plus ordinaires du croup. Cependant l'existence de ce dernier en est indépendante, puisqu'on observe aussi des croups du larynx ou de la trachée sans aucune lésion des bronches.

L'angine gutturale simple, tonsillaire ou *pharyngienne*, coexiste d'une manière fréquente avec le croup. Ces deux maladies, ainsi reunies, (angine pharyngienne et laryngo-trachéale) ne paraissent, dans ce cas, former qu'une seule et même inflammation sur une surface plus étendue.

L'angine gangréneuse et l'*angine couenneuse du pharynx*, mais particulièrement la dernière (1), compliquent souvent le croup. Lorsque cette complication a lieu, on observe à la fois de fausses membranes, ou couches couenneuses, sur la surface des tonsilles, des fosses nasales, du pharynx, de l'épiglotte, et sur celle du larynx et de la trachée.

La pleurésie et *la pneumonie* se développent quelquefois pendant le cours de l'angine croupale; elles peuvent également la précéder ou la terminer. Il n'est pas rare non plus de voir la *phthisie pulmonaire* coïncider avec le croup.

La gastrite et *l'entérite* sont des affections fréquentes chez les enfans. Il n'est donc pas étonnant qu'elles puissent se faire remarquer en même temps que l'angine croupale; mais la *gastrite* surtout coïncide de préférence avec le croup. Dans plusieurs circonstances où cette complication existait, j'ai observé une phlegmasie couenneuse de l'œsophage et de l'estomac. Ces deux viscères présentaient en divers endroits des fausses membranes assez épais-

---

(1) D'après les observations de M. Guersent et les miennes sur les maladies de l'hôpital des Enfans, cette complication s'observe dans plus de la moitié des cas d'angine croupale.

ses, surtout aux environs de l'orifice *cardia*.

Assez souvent le croup est compliqué d'*embarras gastrique* ou *intestinal* et de *vers intestinaux*.

Parmi les phlegmasies de la peau, la *rougeole*, la *scarlatine* et la *variole* sont celles qui coïncident le plus ordinairement avec le croup, et elles présentent autant d'affinités remarquables avec cette angine qu'il en existe entre les fonctions du système cutané et celles du système muqueux.

Enfin plusieurs pathologistes ont noté la complication du croup avec l'*affection scrofuleuse*, et en ont déduit une certaine analogie entre ces maladies. L'observation pratique m'a fourni l'occasion de reconnaître la justesse de cette remarque dans un certain nombre de circonstances où j'ai rencontré des angines croupales accompagnées de diverses affections du système glanduleux.

ART. X. *Examen comparatif des différences qui existent entre le croup et quelques maladies analogues.*

Diverses affections peuvent simuler le croup. Il est donc utile de s'occuper à chercher les caractères qui doivent en etablir la distinction.

La bronchite aiguë (catarrhe pulmonaire), lorsqu'elle est très-intense, offre quelques phénomènes semblables à ceux du croup. Dans la première maladie néanmoins, la voix n'éprouve pas les mêmes altérations ; elle n'est pas d'abord aussi rauque, et ne devient pas ensuite aiguë et perçante. La toux n'est pas croupale. Il n'y a point de douleur ni de gonflement à la région du col.

Le catarrhe suffocant aigu, regardé par M. Jurine comme identique avec le croup, et désigné par ce médecin sous le nom de *croup bronchique*, a été considéré par d'autres pathologistes comme une affection tout-à-fait distincte du croup, et ils se sont étudiés à chercher des différences fondées principalement sur le siége de la maladie dans les bronches et leurs ramifications. Pour moi, je partage entièrement l'opinion du médecin de Genève, et je pense avec lui que le catarrhe suffocant aigu n'est qu'une variété de l'angine croupale.

Les diverses espèces d'*angines* offrent beaucoup d'analogie avec le croup. L'angine *gutturale*, *pharyngienne* ou *tonsillaire*, se reconnaît au siege de la douleur, à la difficulté de la déglutition, au gonflement des tonsilles..... Dans le *croup*, au contraire, la respiration est gênée,

bruyante; il y a de la douleur dans le conduit aérien; altération de la voix, toux *croupale*, phénomènes qui ne se remarquent pas dans l'*angine du pharynx*.

L'angine gutturale couenneuse présente encore plus de ressemblance avec le croup que l'*angine pharyngienne ordinaire*. En effet, cette *angine couenneuse* à tous les symptômes communs aux *esquinancies* en réunit un autre parfaitement semblable à ce qui a lieu dans le croup, c'est-à-dire, une couche pseudo-membraneuse, d'un blanc grisâtre, ordinairement très-visible quand le malade ouvre la bouche. Cette fausse membrane tapisse les amygdales, le voile du palais et le fond de l'arrière-bouche. Souvent il en résulte aussi de la gêne dans la respiration, de l'altération dans la voix. Quelle difficulté ne doit-on pas alors éprouver pour le diagnostic! Mais, dans la plupart des cas, cette angine couenneuse et le croup existent en même temps. D'ailleurs les indications curatives de l'angine couenneuse sont presque les mêmes que celles du croup, le danger est à peu près aussi grand, puisque ordinairement la fausse membrane de l'arrière-bouche s'étend jusqu'à l'entrée du larynx, et le traitement exige au moins autant d'activité que celui du croup simple.

L'angine laryngo-trachéale ordinaire est également quelquefois difficile à distinguer du croup. Lorsqu'elle est intense, elle produit de la fièvre, de la dyspnée, une douleur locale très-vive et incommode, un gonflement de la région antérieure du cou... ; mais l'altération de la voix n'est pas la même que dans le croup ; la toux n'a pas le même caractère, et ne s'accompagne pas du bruit singulier qui lui a fait donner le nom de *toux croupale.*

Millot (Médecine perfective) assure que, dans l'angine inflammatoire, l'haleine du malade est fétide, tandis qu'elle est douce et inodore dans l'angine membraneuse ou croup. C'est une erreur, car l'haleine est souvent fétide dans le croup. Au surplus, il n'existe d'autres différences réelles entre l'angine ordinaire dite *inflammatoire* et la membraneuse, qui est aussi elle-même une phlegmasie, que celles qui consistent dans l'intensité des symptômes, la rapidité de leur marche, le caractère *spécial* de plusieurs d'entre eux et la matière concrescible exsudée à la surface du conduit aérien. Le croup est donc lui-même une angine inflammatoire ; mais une angine d'une *espèce particulière*, caractérisée surtout par la tendance à la formation d'une fausse membrane dans l'in-

térieur des voies aériennes, de même que les pleurésies et les péritonites couenneuses, les gastrites et les entérites avec formation de concrétions albumineuses dans l'intérieur de l'estomac et des intestins sont des phlegmasies de la plèvre, du péritoine et de la muqueuse gastro-intestinale, mais des phlegmasies de *nature spéciale*. On peut dire, de plus, avec M. le professeur Royer-Collard, qu'il est probable que les diverses angines et le croup « sont « de la même nature quant au fond, mais que « ces *affections* se trouvent diversement modi-« fiées par l'âge des sujets, par la différence de « réaction des organes, enfin par la mesure de « leur intensité propre.

L'œdème de la glotte présente beaucoup d'analogie avec le croup. Cette maladie, qui s'accompagne ordinairement de faiblesse, et qui ne survient guère qu'à la suite d'affections chroniques, réunit la plupart des symptômes d'un véritable croup : altération de la voix, toux croupale, respiration gênée, imminence de la suffocation, anxiété...; mais la douleur du larynx est nulle; il n'y a point de fièvre bien prononcée et surtout pas de phénomènes inflammatoires.

Dans la pneumonie, il y a bien de la toux, de

la dyspnée, de la fièvre, mais pas de douleur à la région du cou, pas d'altération de la voix; le son croupal n'existe point ordinairement (1).

L'irritation du conduit aérien produite par l'*introduction d'un corps étranger* présente des phénomènes qui pourraient faire croire à l'existence d'un croup. Les circonstances antécédentes servent à éclairer le diagnostic. En outre, la douleur change de place, comme le corps étranger lui-même alternativement déplacé par les mouvemens d'inspiration et d'expiration.

Dans la coqueluche, la toux est quinteuse. Elle se compose de plusieurs expirations successives pour une seule inspiration sonore et prolongée. La voix est rarement altérée. Tous les symptômes cessent dans l'intervalle des quintes. On n'observe pas de douleur à la région du cou, pas de fièvre intense, etc.

---

(1) Cependant M. Nauche a observé un cas de pneumonie très-aiguë, accompagnée de la plupart de ces symptômes, et même du son croupal. Le malade ayant succombé à la violence de la phlegmasie, ce médecin reconnut, à l'ouverture du corps, une hépatisation très-étendue des deux poumons, et une légère rougeur dans les dernières divisions bronchiques; il n'y avait pas de fausse membrane dans les voies aériennes; le larynx et la trachée se trouvaient dans l'état naturel.

L'asthme aigu des enfans, décrit par Millar paraît consister dans une contraction spasmodique des muscles du thorax et de ceux du larynx : cette maladie est rare ; elle n'offre point le caractère inflammatoire. Il n'y a ni altération de la voix, ni douleur dans le conduit aérien, ni toux croupale ; mais au contraire sentiment de constriction à la poitrine, dyspnée, convulsions des muscles abdominaux...

La phthisie laryngo-trachéale ne peut guère être confondue avec le croup. On l'observe rarement chez les enfans. La voix n'offre pas le même genre d'altération. Elle est d'abord longtemps enrouée, puis elle s'affaiblit lentement, et s'éteint par degrés. La maladie a une marche chronique, s'accompagne de fièvre lente, de consomption.

Diagnostic dans le cas de complication. Le diagnostic est difficile dans le cas où le croup est compliqué de quelqu'une des maladies précédentes, d'une angine gutturale, d'une pneumonie. On trouve alors la réunion des signes propres à chacune des maladies coexistantes. La percussion de la poitrine et l'application du stéthoscope, qui ne fournissent aucun indice particulier dans le croup simple,

sont d'une grande importance pour reconnaître la plupart des complications de cette angine, telles que la pneumonie, la phthisie pulmonaire, et, dans tous les cas, il ne faut pas négliger l'emploi de ces moyens explorateurs.

ART. XI. *Classification du croup. — Espèces et variétés de cette angine.*

Il est évident, d'après la nature inflammatoire et le siége du croup, que cette affection doit être classée parmi les phlegmasies des membranes muqueuses, et non parmi les névroses, comme l'ont pensé quelques médecins. Aussi le traitement antiphlogistique est-il celui qui convient le mieux à cette maladie, ainsi que nous le dirons plus bas.

L'angine croupale présente un grand nombre d'espèces et de variétés, suivant sa forme et son intensité, son siége, sa durée et sa marche, son type ou caractère particulier, et ses complications (1).

---

(1) M. Guersent (Dictionnaire de médecine) divise en trois classes les maladies auxquelles on donne le nom de *croup*. Il réserve ce nom au croup laryngien, qui est caractérisé principalement par la toux croupale, le sifflement de la respiration, la raucité ou l'extinction de la voix, et par l'existence d'une fausse membrane dans le larynx. Il donne au *croup de la trachée* et au

Suivant sa forme et son intensité, on a distingué trois variétés de cette maladie. La pre-

---

croup bronchique le nom de *pseudo-croup trachéal* ou *trachéite pseudo-membraneuse*, et celui de *pseudo-croup bronchique* ou *bronchite pseudo-membraneuse*. Mais cette distinction, qui ne repose que sur la différence du siége et sur une légère variation dans les symptômes, paraîtra inutile, si l'on fait réflexion que la nature *couenneuse* de la maladie, la plupart de ses phenomènes et leur progression, enfin le prognostic et les indications curatives, sont parfaitement les mêmes dans le croup *laryngien*, dans le *trachéal* et dans le *bronchique*. Il vaut donc mieux continuer de comprendre ces maladies sous la même dénomination, puisque les méprises sur le *siége précis* du croup, lorsqu'elles ont lieu, n'ont aucune importance, et ne peuvent conduire à aucun résultat funeste. Qu'importe-t-il, par exemple, dans le traitement d'une pleurésie, que l'inflammation réside dans la plèvre costale ou dans la plèvre pulmonaire ?

Il n'en est pas de même de la *bronchite pseudo-membraneuse chronique*, laquelle attaque aussi, et même plus fréquemment, les adultes que les enfans. Cette maladie a une marche, une durée, des symptômes, en un mot, un aspect tout-à-fait étranger au croup, et c'est avec raison qu'il faut l'en distinguer, puisque le prognostic et le traitement en sont aussi tout différens.

On peut en dire autant de diverses maladies qui peuvent quelquefois simuler le croup, mais qui ne réunissent pas tous les caractères véritables de cette angine; telles sont, l'angine variolique, l'angine couenneuse du pharynx compliquée d'une bronchite simple, la trachéite accompagnée d'enrouement et de toux sifflante, etc.; dont M. Guersent a fait une troisième classe de maladies croupales, auxquelles il donne le nom de *faux croups non membraneux*, qu'il distingue en *simple* et en *compliqué*. Ces maladies, malgré l'apparence insidieuse qu'elles présentent, n'ont pas d'identité avec le croup. Leur danger est différent, leur marche l'est aussi, et, avec de l'attention, on parvient à les distinguer de l'angine croupale.

mière est l'*enrouement croupal*, caractérisé par le changement de la voix, qui devient rauque, et par la gêne de la respiration. La deuxième est le *catarrhe sibilant*, ou la toux sifflante avec expulsion de matières visqueuses. La troisième variété est le *croup suffocant*. C'est la plus fâcheuse ; elle est marquée par l'exaspération de tous les symptômes et l'imminence de la suffocation. La face est gonflée, la tête renversée en arrière, le tronc redressé ; la toux se fait remarquer par sa violence ; le malade éprouve une anxiété insupportable. Ces trois variétés ne sont souvent que les degrés divers et successifs de la même maladie, quoique elles se montrent isolément dans certains cas.

Suivant son siége, on a distingué un croup laryngé, un croup trachéal, et un croup bronchique ou catarrhe suffocant.

Suivant sa durée et sa marche. Comme le croup a une durée variable, et qu'on l'a vu se terminer au bout de douze heures, tandis qu'il se prolonge d'autres fois jusqu'au dixième ou douzième jour, quelques médecins ont divisé le croup en *aigu* et en *chronique*. Ce dernier n'est pas généralement admis. On pourrait plutôt distinguer un croup *très-aigu* ou *foudroyant*, et un croup simplement *aigu*. D'après

la marche de la maladie, on peut admettre un *croup continu* et un *croup rémittent*. Jamais cette angine ne s'est montrée complètement *intermittente*, à moins qu'on n'ait regardé comme telle une rechute ou une récidive.

Suivant son type ou *caractère particulier*, on reconnaît un croup purement inflammatoire ou *sthénique*, un croup inflammatoire et nerveux (mouvemens convulsifs, vive agitation, toux spasmodique, joints à la fièvre, etc.); enfin un croup inflammatoire adynamique ou *asthénique*, caractérisé par tous les signes de l'adynamie, lesquels paraissent dans la seconde et surtout dans la troisième période, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, décubitus en supination, petitesse et rareté du pouls, etc. M. Guersent admet en outre un *croup muqueux*, propre aux enfans lymphatiques, accompagné de peu de fièvre dans la première période, et caractérisé, dans la seconde, par un afflux considérable de mucosités dans les bronches et dans le pharynx. Mais cette variété, qui est assez fréquente, et qui offre le plus de chances de guérison, est également inflammatoire, comme le *croup sthénique*; elle l'est seulement à un moindre degré.

Suivant ses complications. Il est assez ordi-

naire de voir le croup accompagné d'autres affections qui le compliquent, et sur lesquelles nous n'insisterons pas, attendu qu'il en a déjà été question ; de là les croups variolique, pneumonique, etc.

Divers auteurs ont enfin admis encore une foule de distinctions dans l'angine croupale, qui ne doivent également pas nous arrêter, en raison du peu d'utilité qu'elles offrent pour la pratique. C'est ainsi que M. Blaud reconnaît trois espèces de croup, d'après la nature des productions morbides déposées à la surface interne du conduit aérien, et les appelle *laryngo-trachéites mixagènes*, *pyogènes* et *méningogènes*, suivant qu'il existe dans les voies respiratoires des mucosités, ou du pus, ou de fausses membranes, etc.

La plupart des variétés que nous venons d'énumérer pouvant se rencontrer dans la pratique, et en imposer quelquefois relativement au diagnostic, nous avons cru devoir en faire mention. Au reste, il faudra toujours fixer principalement son attention sur les symptômes propres à caractériser l'affection dont il s'agit.

ART. XII. *Prognostic.*

Le croup est une maladie extrêmement fâ-

cheuse dans tous les cas, puisque, abandonnée à elle-même, elle tend naturellement à produire la suffocation. Le prognostic est d'autant plus grave que le malade est plus jeune, ou qu'il a ete affaibli par une maladie antérieure, ou que l'angine croupale est la suite d'une metastase, de la répercussion de la variole, de la rougeole, etc.

Le danger est surtout très-grand, et la terminaison presque inévitablement funeste, lorsqu'on observe une intensité croissante dans les symptômes, malgré le traitement mis en usage, lorsqu'il y a orthopnée, que le malade éprouve des syncopes, qu'il rend souvent de fausses membranes sans en ressentir un soulagement marqué, que les quintes de toux sont très-fortes, la voix sifflante ou presque éteinte, la face et les yeux gonflés, la fièvre vive avec delire...

On doit, au contraire, regarder comme des signes de bon augure la diminution et l'amélioration graduelle des symptômes. La toux devient alors plus *grasse*, l'expectoration plus facile, la respiration plus libre, la voix moins altérée; la fièvre perd sa violence. Souvent on observe des excrétions plus abondantes, des évacuations alvines, des urines rendues en plus

grande quantité, de la moiteur à la peau...

La mortalité du croup est très-considérable. Elle est presque générale dans certaines épidémies. Le plus souvent il périt la moitié, les deux tiers ou même les trois quarts des enfans qui en sont atteints.

Lors même que le malade entre en convalescence, on ne doit pas le croire à l'abri de tout danger. Il conserve quelquefois pendant long-temps de la toux et de l'enrouement. La guérison n'est alors qu'imparfaite, ou bien il y a imminence de récidive. Les rechutes ne sont pas rares, et presque toujours elles sont funestes.

Quant aux récidives, elles sont moins fréquentes qu'on ne serait disposé à le croire, s'il fallait s'en rapporter entièrement aux observations publiées par quelques médecins. D'après ces observations, certains individus auraient été atteints jusqu'à six ou sept fois du croup dans leur enfance. N'est-il pas vraisemblable que ces prétendues récidives n'étaient que des angines laryngo-trachéales simples, et non de véritables croups? L'angine croupale est trop dangereuse et trop souvent mortelle pour que des enfans aient pu en être atteints un grand nombre de fois, et aient toujours été soustraits

au péril dont ils étaient menacés de devenir les victimes.

CHAPITRE DEUXIÈME.

TRAITEMENT DU CROUP.

On peut diviser le traitement du croup en *curatif* et en *préservatif*, ou *prophylactique*.

ART. I. *Traitement curatif.*

Il consiste à remplir les indications qui se présentent au médecin, lesquelles varient suivant les périodes de la maladie. L'état du sujet, son âge, sa force, sa constitution sont autant de circonstances propres à modifier le traitement.

Dans la première période, la maladie est franchement inflammatoire, et il ne s'offre qu'une indication urgente, celle de s'opposer au développement et à la marche de la phlegmasie. C'est ici surtout qu'une méthode agissante doit être employée, et c'est par elle seule qu'on peut espérer du succès. On se hâtera donc, dès le début, de mettre en usage les débilitans de toute espèce, en ayant egard néanmoins à l'âge et à la force du malade, et aux effets du traitement. On emploiera en premier lieu la saignée, soit

locale, soit générale. Celle du bras, étant plus expéditive, sera d'abord pratiquée. Les sangsues la remplaceront chez les enfans très-jeunes; elles seront appliquées sur la région du cou, en plus ou moins grand nombre, depuis cinq ou six à la fois jusqu'à quinze ou vingt, si les enfans sont forts. On laissera couler abondamment le sang de leurs piqûres, lorsqu'elles seront détachées, et l'on couvrira ensuite la partie avec un large cataplasme de farine de graines de lin. On devra surtout faire attention à l'état du pouls après la saignée locale ou générale, de manière à procurer une déplétion considérable, sans abattre entièrement les forces. Si, au bout de dix, douze ou quinze heures, les symptômes persistent avec la même intensité, et que le pouls ait repris du développement, on pourra revenir à l'emploi de la saignée générale, ou à l'application des sangsues en nombre proportionné à la gravité des symptômes.

Le moyen curatif le plus sûr, dit Rosen, est, sans contredit, la saignée. « On doit la réitérer « jusqu'à ce que le pouls baisse; s'il s'élève en« core, on saignera de nouveau : après la sai« gnée, on emploiera les sangsues à la gorge. » M. Vieusseux recommande, en premier lieu, la saignée locale faite au cou, au moyen des sang-

sues, et ensuite l'administration d'un éméto-cathartique, c'est-à-dire, du tartre stibié combiné avec un sel purgatif.

Malgré les éloges que la plupart des auteurs accordent aux émissions sanguines dans le traitement du croup, il se trouve des médecins qui ont rejeté la saignée, comme inefficace et dangereuse. Lieutaud, entre autres, recommande de préférence les vomitifs. Il remarque que la saignée peut être utile lorsque la respiration est embarrassée et le pouls fébrile; mais, dans tous les autres cas, il la regarde comme pernicieuse. Millar est du même avis, et plusieurs médecins modernes s'en tiennent exclusivement aux vomitifs. Néanmoins le plus grand nombre des praticiens, éclairés par l'expérience, et appuyés de l'autorité de Home, de Sydenham et de Rosen, recommandent la saignée, comme un moyen des plus salutaires dans le début du croup. Mes propres observations sont toutes en faveur de leur sentiment. M. Blaud, dans un ouvrage récemment publié sur l'angine croupale, accorde aussi la plus grande confiance aux saignées.

Les boissons adoucissantes et délayantes seront employées en même temps que les premiers moyens dont je viens de parler. On pre-

scrira les infusions de fleurs de mauve, de violette, de coquelicot ou de tussilage; la décoction légère de graines de lin, qu'on pourra émulsionner ou édulcorer avec le miel, le sirop de gomme arabique, celui de guimauve. Les juleps et les looks, les potions huileuses seront aussi convenables. On fera donner des demi-lavemens, des quarts de lavement, dans le double but de tenir le ventre libre et de calmer l'éréthisme général. Le malade sera mis à une diète sévère. On l'environnera d'une douce température. On évitera soigneusement les courans d'air, et tout ce qui peut supprimer la transpiration. Il faudra surveiller continuellement l'enfant, et mettre surtout la plus grande attention à prévenir le refroidissement des pieds, en les réchauffant par des boules d'étain remplies d'eau chaude, ou par tout autre moyen analogue.

On donne aussi avec un grand succès, comme il a été dit, les vomitifs dans cette première période de l'angine croupale. On administre l'émétique à la suite des évacuations sanguines, ou même auparavant, si l'état des forces et du pouls n'exige pas d'abord la saignée. Ces moyens agissent comme perturbateurs, et sont très-utiles, considérés sous ce point de vue. Ils le sont

encore, à plus forte raison, lorsqu'il existe des signes d'un état saburral des premières voies réunis à ceux du croup (1).

M. Guersent, qui admet un croup muqueux, pense qu'on peut dans ce cas employer primitivement les vomitifs. Mais ils doivent être précédés de la saignée, toutes les fois que le

---

(1) On dit communément, et l'on trouve écrit dans tous les livres de médecine, qu'il y a *embarras gastrique*, *état saburral des premières voies*, lorsqu'on observe de l'amertume à la bouche, un enduit jaunâtre de la langue, de la douleur à l'épigastre, des nausées, de l'anorexie, de la céphalalgie sus-orbitaire. Cependant l'anatomie pathologique démontre que la bile ne se trouve presque jamais dans l'estomac, lorsque des malades, ayant offert tous ces symptômes, viennent à mourir. L'émétique, il est vrai, donné en pareil cas, fait vomir de la bile. Mais cette humeur sort des conduits biliaires et de la vésicule où elle était accumulée, et elle remonte dans l'estomac par l'effet du mouvement antipéristaltique qui se produit alors. Elle n'existait donc pas auparavant dans l'estomac. C'est ce que prouve aussi l'observation journalière. Qu'arrive-t-il, en effet, chez un individu qui prend une dose ordinaire de tartre stibié? Les nausées commencent, au bout d'un certain temps, à se manifester. Surviennent ensuite des vomissemens de matières muqueuses, ou de liquides précédemment avalés par le malade, et ce n'est guère qu'à la troisième ou quatrième secousse de vomissement, qu'il sort de la bile pure ou mêlée aux boissons. Pour peu qu'on réflechisse sur ces phénomènes, on conçoit facilement que la bile n'est rejetée, à la suite des derniers efforts, que par la propagation des secousses aux conduits biliaires et au duodénum, d'où le mouvement antipéristaltique chasse cette humeur dans l'estomac. Ce viscère, agité à son tour par un mouvement semblable, se débarrasse par le vomissement.

croup est franchement inflammatoire. En général, une précaution très-nécessaire dans l'emploi de ces remèdes, est de s'assurer qu'il n'existe pas une gastrite, car ils ne feraient qu'augmenter cette dernière inflammation.

Un moyen fort rationnel et dont l'expérience m'a démontré les excellens effets non-seulement dans le croup, mais encore dans toutes les phlegmasies intenses, quel qu'en soit le siége, consiste dans l'emploi fréquent et réitéré des bains tièdes. Ce moyen est d'autant plus avantageux chez les enfans, que l'absorption, très-active à leur âge, transporte en peu de temps dans le torrent circulatoire une grande quantité d'eau, et supplée ainsi à la petite quantité de ce liquide, qu'on peut leur faire prendre en boisson ou en lavement. J'ai vu souvent la fièvre et les symptômes inflammatoires diminuer et s'évanouir comme par enchantement, après avoir plongé à plusieurs reprises le malade dans un bain tiède, et l'y avoir laissé au moins une demi-heure pour chaque immersion.

M. Moulin m'a dit avoir eu à se louer plus d'une fois de l'emploi des vapeurs d'eau tiède dirigées vers la bouche. C'est un moyen que Rosen recommande. Selon cet auteur, « on

« prépare une infusion de fleurs de sureau im-
« prégnée de quelques gouttes de vinaigre ;
« on y trempe une éponge, que l'on met sous
« le nez ou sur la poitrine de manière que le
« malade puisse en respirer la vapeur. On at-
« ténue par là les phlegmes, et l'on facilite la
« toux. » Je pense qu'on peut retirer des avantages de ce procédé, mais qu'il conviendrait de supprimer le vinaigre.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que l'activité du traitement, la surveillance continuelle exercée envers le malade, la multiplicité des moyens débilitans et rafraîchissans, l'à-propos qu'exige leur emploi, et la circonspection qui doit le diriger, enfin le concours de toutes les ressources hygiéniques, sont d'une haute importance dans le traitement du croup, et que, pour m'exprimer d'une manière mathématique, l'énergie des remèdes doit être constamment en raison directe de l'intensité de la maladie.

Il arrive souvent, par suite d'un traitement semblable, que l'inflammation avorte dès son principe, et que le malade entre en convalescence sans que le croup parcoure toutes ses périodes, et avant que la fausse membrane ait le temps de se former; ou bien, l'inflamma-

tion change de caractère, prend un autre aspect, se transforme en une angine laryngo-trachéale ordinaire, et, dans cet état de simplicité, se termine comme elle.

Deuxième période du croup. Elle présente deux indications principales; l'une, de modérer les symptômes inflammatoires qui persistent; l'autre, de procurer l'expulsion des mucosités amassées dans les bronches et la trachée, ou de la fausse membrane. On a encore admis deux autres indications : dissoudre la fausse membrane lorsqu'elle est déjà formée, et s'opposer à l'adynamie qui menace de se manifester. Il sera, plus tard, question des remèdes proposés comme dissolvans. Quant à l'adynamie, il me semble qu'on doit mettre la plus grande réserve dans l'emploi des toniques et des excitans conseillés pour la combattre, car elle ne survient guère que lorsqu'on a d'abord abusé des moyens débilitans sans avoir égard à l'état des forces, ou lorsque la phlegmasie a promptement acquis son plus haut degré d'intensité faute d'un traitement convenable.

Les remèdes destinés à remplir la première indication, celle de modérer les symptômes inflammatoires, lorsqu'ils persistent, sont les mêmes que ceux dont nous avons déjà parlé,

et dont il est nécessaire de continuer l'emploi : la diète, les boissons adoucissantes, les lavemens émolliens. On peut réitérer la saignée locale ou générale, s'il est à propos. On applique de nouveau des sangsues à la région du cou ; on insiste sur l'usage des bains tièdes.

On satisfait à la deuxième indication (expulsion de la fausse membrane) par l'emploi des vomitifs et des expectorans. Nous avons déjà dit que les vomitifs étaient avantageux dans le premier degré du croup ; mais l'émétique est encore indiqué d'une manière plus évidente dans la seconde période, où il peut déterminer, pendant les secousses du vomissement, l'expulsion des mucosités ou des fausses membranes qui obstruent le conduit aérien. On l'administre à la dose ordinaire, dans de l'eau pure ou de l'eau sucrée. On peut aussi le prescrire en lavage. Plusieurs médecins pensent qu'on ne doit pas être réservé sur la dose du tartre stibié, et que, dans certains cas, on doit le donner à fortes doses, à celle de quatre, cinq, six, et même huit ou dix grains, par exemple, afin de procurer des vomissemens et des secousses capables de détacher et d'expulser les fausses membranes. Cette conduite a eu souvent du succès ; mais il peut en résul-

ter des inconvéniens. On peut aussi employer les frictions sur l'épigastre avec la pommade stibiée (un gros d'émétique pour une demi-once de cérat). Ces frictions déterminent ordinairement au creux de l'estomac une éruption boutonneuse qui n'est pas sans quelque avantage.

On remplace l'émétique par l'ipécacuanha, donné en poudre dans un verre d'eau sucrée ou sous forme de sirop, dans une potion. Cependant l'ipécacuanha agit moins promptement que l'émétique, et ce dernier est encore plus facile à faire prendre aux enfans. Quelques praticiens se servent de l'émétine sous forme de pastilles, dans la proportion d'un demi-grain de cette substance pour dix grains de sucre. On donne ainsi trois ou quatre de ces pastilles à peu de distance. M. Guersent, pour obtenir des effets constans, administre de préférence à l'émétique même, le sulfate de zinc à la dose de cinq, de dix, de quinze grains, suivant l'âge des malades. Ce médicament me paraissant trop actif, je lui substitue volontiers l'emploi de la formule suivante, qui m'a été communiquée par le docteur Moulin, et dont j'ai vu retirer les meilleurs effets : ℞ tartre stibié, deux grains; muriate de soude, vingt grains;

eau distillée de violettes, quatre onces; sirop d'ipécacuanha, une once; mêlez, pour administrer par cuillerées à café jusqu'à ce qu'il en résulte des vomissemens. On peut réitérer cette dose autant de fois que la gravité des symptômes paraît l'exiger. Lorsque les enfans boivent facilement, on fait mettre chaque cuillerée de cette potion dans un demi-verre d'eau tiède.

Quoi qu'il en soit de la manière dont on emploie les vomitifs, ces remèdes produisent d'excellens effets dans le second degré du croup. Rosen et la plupart des auteurs leur attribuent la propriété de détacher, par les secousses qu'ils déterminent, les fausses membranes de la trachée ou des bronches.

On seconde l'emploi des vomitifs par les expectorans, tels que les infusions de lierre terrestre, de tussilage et de capillaire édulcorées. La racine de polygala sénéka, proposée d'abord par MM. Archer, aux États-Unis, a été employée avec avantage dans plusieurs circonstances. On prépare une tisane en faisant bouillir une demi-once de cette racine par livre d'eau jusqu'à réduction de moitié, et en édulcorant avec le miel ou un sirop quelconque. On fait aussi un fréquent usage des préparations scillitiques et antimoniales. La scille

se donne en poudre dans du miel, ou bien l'on prescrit l'oxymel scillitique dans une potion ou une tisane expectorante. Le kermès et le soufre doré d'antimoine s'emploient communément à petites doses réitérées. On en incorpore deux ou trois grains dans une potion huileuse ou gommeuse, qu'on fait prendre par cuillerées à certains intervalles.

Ces différens médicamens peuvent être combinés entre eux. C'est dans cette vue qu'à l'hôpital des Enfans on se sert quelquefois d'une potion expectorante anticroupale, ainsi composée: ℞ polygala, deux gros; oxymel scillitique, trois gros; sirop d'ipécacuanha, une once; émétique, un grain et demi, pour quatre ou cinq onces de colature. Cette potion est surtout utile dans le croup dit *muqueux*; mais elle ne doit pas faire négliger l'emploi des autres moyens thérapeutiques.

Les sternutatoires ont également paru avantageux dans la seconde période du croup pour favoriser l'expulsion des mucosités amassées dans la trachée et dans les bronches; on les introduit à l'état pulvérulent dans les fosses nasales. C'est ainsi qu'on administre la poudre de tabac ou les poudres d'asarum et de muguet, qui sont encore plus actives. Quelques méde-

cins ont préconisé l'insufflation de l'alun calciné dans la trachée-artère, ou l'inhalation de vapeurs excitantes et aromatiques, de l'éther, du vinaigre, de l'alcali volatil. D'autres ont conseillé de faire une fumigation de poivre ou de soufre dans la chambre qu'habite le malade, pour solliciter la toux et l'expectoration. Ces moyens ne doivent être employés que dans les cas pressans, et lorsque tous les autres remèdes ont été infructueux; encore doit-on peu compter sur leur efficacité. Je suis même porté à croire qu'ils sont plus nuisibles, par l'irritation qu'ils produisent sur des organes déjà enflammés qu'ils ne peuvent être avantageux par les secousses qui résultent de leur action. En tout cas, il est plus rationnel d'employer les fumigations adoucissantes d'eau de mauve ou d'eau de graines de lin, de lait tiède, etc.

C'est maintenant le lieu d'examiner les nombreux médicamens proposés par divers médecins, dans la vue de dissoudre la fausse membrane, lorsque celle-ci est déjà formée dans les voies aériennes. En admettant la possibilité d'obtenir cette dissolution par des moyens chimiques, il faudrait savoir si ces moyens doivent être immédiatement appliqués sur la fausse membrane, ou s'ils ne doivent agir sur elle que

d'une manière médiate et indirecte, en traversant d'abord toutes les voies de la circulation. Ces questions sont encore loin d'être résolues. On n'est pas plus d'accord sur le degré de confiance que peuvent mériter ces divers agens chimiques. Nous nous contenterons d'exposer brièvement les principaux d'entre eux.

Nous avons déjà dit que l'alcali volatil avait été proposé en fumigation, soit simplement pour irriter et provoquer de la toux et des secousses dans le conduit aérien, soit pour agir chimiquement et d'une manière directe sur la fausse membrane, et la dissoudre. Ce moyen n'a jamais réussi, et doit être rejeté, comme nuisible.

On a aussi administré à l'intérieur les préparations ammoniacales. L'alcali volatil fluor et l'acétate d'ammoniaque ont été prescrits dans des potions. Le muriate ammoniacal a été employé en gargarisme. Ce sont encore des remèdes sur lesquels on ne peut guère compter. Cependant le sous-carbonate d'ammoniaque paraît avoir eu plus de succès : on le donne à l'intérieur à la dose de quatre, six ou huit grains.

M. Réchou (1) a souvent fait usage d'un si-

(1) Recueil périodique de la société de médecine de Paris.

rop préparé avec un gros de ce sel et trois onces de sirop de guimauve, qu'il faisait prendre de temps en temps par cuillerées. Il appliquait, en outre, sur la région antérieure du cou un mélange composé d'un gros de ce même carbonate et de deux onces de cérat; il faisait mettre sur ce mélange un sachet de cendres chaudes, et le renouvelait de quatre en quatre heures. La peau se couvrait d'une éruption boutonneuse qui ne tardait pas à être suivie de desquamation.

Croirait-on que le chlore, gaz extrêmement irritant, avec lequel on peut produire des croups artificiels, a été proposé dans ces derniers temps, par un médecin, pour la guérison de cette angine! L'emploi de cette méthode est tout-à-fait antirationnel, et ne doit être bon qu'à hâter la formation de la fausse membrane, si elle n'existe pas déjà.

Le sulfure de potasse a été regardé par plusieurs praticiens comme un médicament précieux, capable de dissoudre la fausse membrane des voies aériennes. On l'administre dans du miel, du sirop ou tout autre excipient, à dose variable, depuis quelques grains seulement jusqu'à un scrupule, en vingt-quatre heures. Cette dernière dose peut causer de graves

accidens chez les enfans très-jeunes : il faut donc être réservé sur l'emploi de ce médicament, et ne pas y ajouter une trop grande confiance.

Un remède qui, je crois, n'a pas encore été souvent employé, et qu'on peut essayer dans le même but que celui pour lequel on prescrit le sulfure de potasse, est le sous-carbonate de potasse ou de soude, administré à faible dose dans un véhicule copieux, à celle d'un demi-gros, par exemple, pour une pinte de tisane adoucissante. On pourrait aussi employer les alcalis caustiques à dose encore plus faible (dix ou douze gouttes pour une pinte de boisson). Enfin la magnésie calcinée, prise à l'intérieur dans un véhicule aqueux, agit d'une manière analogue. Ces divers moyens me paraîtraient moins dangereux et plus efficaces que le sulfure de potasse, si toutefois il est possible de parvenir à dissoudre les fausses membranes du larynx ou de la trachée avec des remèdes introduits par les voies de l'absorption et de la circulation (1).

---

(1) La magnésie, dans de l'eau sucrée, a été recommandée par Rosen et par Home. Ce dernier paraît en avoir retiré des avantages marqués.

On a souvent eu recours à l'emploi du mercure en frictions, soit comme moyen dissolvant, soit pour exciter la salivation, et produire ainsi une diversion utile. Cette méthode paraît peu rationnelle, en raison de la lenteur avec laquelle le mercure agit, et de la nécessité où l'on se trouve de le prescrire à des doses énormes et fréquemment réitérées. Cependant les médecins anglais et américains l'emploient dans une infinité d'occasions, et assurent en retirer les plus grands avantages. C'est d'après eux qu'on a administré le calomel à la dose de deux ou trois grains d'heure en heure, en même temps qu'on pratiquait des frictions mercurielles sur les régions latérales du cou. On emploie de cette manière jusqu'à un gros de calomel, ou plus encore, dans l'espace de vingt-quatre heures. Considéré, d'un autre côté, comme purgatif, le calomel peut agir efficacement, et contribuer avec les autres moyens de traitement à amener quelquefois la guérison du croup.

Dobson, médecin de Liverpool, a prescrit avec succès les frictions avec l'onguent mercuriel; il faisait aussi donner de deux en deux heures un grain de mercure doux. Selle, médecin du roi de Prusse, a conseillé d'employer les préparations mercurielles jusqu'à la saliva-

tion. Millot, d'après ces auteurs, propose aussi l'usage du mercure, et dit que ce médicament se porte volontiers aux parties supérieures, divise la lymphe, et fait expectorer.

Les antispasmodiques sont convenables lorsqu'il se manifeste des accidens nerveux, des convulsions, ou seulement une vive agitation. Le camphre et l'assa-fœtida se donnent en lavement, le premier à la dose de six à huit grains, le second à celle d'un scrupule, ou même d'un demi-gros. Millar regardait l'assa-fœtida comme un remède spécifique contre le croup, aussi-bien que contre l'asthme et la coqueluche; il faisait prendre cette substance à l'intérieur, à la dose d'un gros et demi ou de deux gros dans six ou huit onces d'eau de pouliot. Il assure avoir donné, dans le cas de croup, jusqu'à une once d'assa-fœtida en vingt-quatre heures. Cet auteur fait aussi un grand éloge de la magnésie unie à la rhubarbe, et des vésicatoires, qu'il employait concurremment avec l'assa-fœtida.

Le musc, généralement regardé comme antispasmodique, s'administre en substance dans une potion ou sous forme de pilules. Il est plus commode de le faire prendre en teinture à la dose de douze à vingt-quatre grains dans un véhicule approprié. J'ai déjà insisté sur les avan-

tages des bains tièdes ; ce sont de très-bons antispasmodiques, et ils conviennent dans presque tous les cas, par leur propriété éminemment sédative et rafraîchissante. L'opium a été préconisé par quelques praticiens, soit à l'intérieur, soit en application externe sur la région du cou. Ce remède me paraît plutôt nuisible qu'utile, et je pense qu'il doit être rejeté. Il n'en est pas de même de la valériane : on administre avec succès des lavemens préparés avec la racine de cette plante en décoction. L'extrait de valériane dans une potion ou dans un électuaire, réussit également à calmer l'excitation nerveuse.

Dans l'intention de s'opposer aux phénomènes adynamiques, de prévenir leur apparition, ou de les combattre lorsqu'ils se sont manifestés, plusieurs médecins conseillent l'usage des toniques, du quinquina en potion ou en lavement, de l'arnica, etc. Ces remèdes me paraissent nuisibles et infructueux : car, dans le premier cas, il suffit d'enrayer la marche de l'inflammation pour prévenir l'adynamie, et les toniques, mal à propos administrés, ne feraient qu'accélérer cette terminaison fâcheuse. Dans le second, ils sont inutiles; ils ne peuvent s'opposer à la maladie, ni empêcher la suffocation.

Parmi les remèdes qu'on emploie avec le plus d'efficacité dans la deuxième période du croup, et même dans la première, où ils conviennent souvent, on doit ranger les rubéfians, les dérivatifs et les épispastiques. On prescrit des pédiluves chauds et de courte durée, qu'on rend irritans par l'addition de la farine de moutarde, de l'acide acétique, de l'acide hydrochlorique ou de l'hydrochlorate d'ammoniaque. On fait des frictions sur les parties latérales du cou avec le liniment volatil camphré, la pommade stibiée, la pommade ammoniacale du docteur Gondret, ou celle de M. Réchou. On enveloppe les pieds et les jambes de sinapismes. Rosen recommande de mettre les sinapismes autour du cou, en les faisant précéder d'un cataplasme émollient aiguisé d'un peu de farine de moutarde. On pose des vésicatoires à la nuque, aux bras, aux cuisses ou sur le devant du cou. Ils peuvent être appliqués en grand nombre, et souvent ils produisent d'excellens effets. C'est ainsi que plus d'une fois j'en ai fait appliquer quatre, cinq, ou même six, dans l'espace de vingt-quatre heures. On peut enfin, dans les cas pressans, déterminer une prompte vésication en promenant sur la région du cou des linges imbibés d'eau bouillante. L'application du moxa ou celle du cautère actuel proposé

par M. Valentin agirait d'une manière analogue en produisant une dérivation puissante et rapide.

Les lavemens purgatifs ont eu quelquefois des succès. On les prépare avec la decoction de séné ou avec le jalap, le miel de mercuriale, etc. M. Giraudy regarde ce moyen comme un des plus avantageux. Il pense surtout que les lavemens avec le jalap ont beaucoup d'efficacité, et qu'il faut les considérer comme un des principaux agens thérapeutiques (1).

La diète et les précautions hygiéniques, employées dans la première période du croup, seront encore observées dans la seconde.

Troisième période du croup. Les indications, dans cette période, consistent à empêcher la suffocation et l'adynamie, ou à les retarder, lorsqu'il est impossible d'en arrêter les progrès.

Si les accidens que l'on observe dans le second degré de la maladie persévèrent sans aucune diminution, le danger devient extrême, et la suffocation paraît inévitable. On a conseillé alors de pratiquer la trachéotomie ou de

(1) Ces lavemens sont, en effet, très-utiles dans le croup; mais ils ne suffisent jamais seuls; il faut les combiner avec d'autres moyens.

mettre en usage des moyens mécaniques propres à détacher la fausse membrane et à rendre la respiration plus facile.

La trachéotomie, qui est si bien indiquée lorsque la suffocation est produite par l'introduction d'un corps étranger dans le conduit aérien, présente, dans son application au traitement du croup, des inconvéniens qui l'ont fait presque généralement rejeter. Cependant M. Caron, auteur d'un traité du croup, a prétendu faire de cette opération une méthode exclusive de traitement, en proscrivant tous les moyens thérapeutiques ordinairement employés contre l'angine croupale; mais l'expérience n'est nullement en faveur de cette opinion. Les fastes de la médecine n'offrent pas un seul exemple de succès réel obtenu par cette méthode. Quoique pratiquée un certain nombre de fois chez des enfans attaqués du croup, la trachéotomie a retardé à peine leur mort de quelques heures. M. le professeur Chaussier pense néanmoins que cette opération peut devenir nécessaire lorsque les premiers remèdes ont été inutiles pour arrêter les progrès de la phlegmasie, et pour prévenir la formation de la couche couenneuse ou en déterminer l'expulsion. Il remarque d'ailleurs judicieusement qu'on ne

doit pas attendre, pour se décider à la trachéotomie, que le malade soit réduit à la dernière extrémité.

Je ne détaillerai pas ici les diverses manières d'exécuter l'opération. Tantôt on incise seulement les anneaux de la trachée-artère dans une étendue de deux ou trois pouces, à partir de l'extrémité inférieure de ce conduit; tantôt on divise le cartilage cricoïde, ou la membrane crico-thyroïdienne, ou même le cartilage thyroïde. La premiere méthode est préférable. On a encore proposé de faire la ponction de la trachée avec un trois-quarts courbe, et de placer une canule dans l'ouverture qui en résulte. Ces différens procédés se trouvent décrits dans les ouvrages de chirurgie.

Plusieurs moyens mécaniques ont été proposés dans l'angine croupale pour empêcher la suffocation. On a conseillé l'introduction d'une sonde de gros calibre dans le larynx et la trachée, en la faisant passer d'abord par les fosses nasales. On conçoit combien il doit être difficile de pratiquer cette introduction et de maintenir la sonde assez long-temps assujettie, la gêne qu'en éprouve le malade, les spasmes dangereux qui peuvent en être la suite et accelérer la terminaison mortelle, etc.

Un médecin a proposé, il y a quelque temps, d'adapter une seringue à l'algalie introduite dans les voies aériennes, et de faire le vide pour aspirer la fausse membrane; mais cette méthode est tout-à-fait impraticable. Un autre moyen, qu'il ne faut pas passer sous silence, et qui a été employé une seule fois par M. Dupuytren, avec une adresse digne de ce chirurgien célèbre, consiste à introduire dans le conduit aérien une petite baguette de baleine, dont l'extrémité se trouve entourée d'une éponge fine, à la retirer et à la réintroduire plusieurs fois, afin de détacher et d'emporter au-dehors des lambeaux de la fausse membrane. Les difficultés et les inconvéniens de cette opération ne sont pas moindres que ceux de l'introduction d'une sonde. Néanmoins ces divers moyens et la trachéotomie, tout précaires qu'ils sont, peuvent être proposés dans quelques cas, lorsqu'il ne reste plus d'autres ressources à employer.

En général, il vaut mieux, d'après la plupart des praticiens, insister, dans cette dernière période du croup, sur les moyens précédemment indiqués pour la seconde, et principalement sur ceux qui sont les plus actifs, comme les vomitifs, les rubéfians, les épispastiques,

les vésicatoires en grand nombre, les lavemens irritans. La saignée pourrait encore être mise en usage chez les individus robustes. Les sangsues, et surtout les bains tièdes, seraient à plus forte raison convenables.

On a conseillé également les affusions d'eau froide; mais cette méthode pourrait être nuisible par la réaction trop vive qu'elle doit produire.

Si les émétiques sont insuffisans, ou ne peuvent être employés, on cherche à exciter le vomissement en introduisant une plume ou tout autre corps étranger dans le gosier. Ce moyen a été employé avec succès par M. Jurine sur un malade menacé d'une prompte suffocation, après qu'on eut épuisé tous les remèdes indiqués, et qui ne dut la vie qu'à l'expuition d'une fausse membrane pendant les secousses de vomissement provoquées par l'introduction d'une plume dans l'œsophage (1).

---

(1) On sait qu'il est possible d'injecter dans les veines de l'eau émétisée, et qu'il en résulte des effets encore plus prompts que par l'ingestion de l'émétique dans l'estomac. On trouve dans les fastes de la médecine l'exemple d'une pareille opération, exécutée avec un heureux succès, chez un individu suffoqué par un morceau de tendon de bœuf, qu'il avait avalé, et qui s'était arrêté dans l'œsophage, d'où il comprimait fortement la trachée-artère. On

Lorsque les phénomènes adynamiques se sont déclarés et persistent sans aucun amendement, qu'il y a prostration des forces, pâleur générale, refroidissement des extrémités, extinction complète de la voix, etc., le choix des remèdes à administrer devient très-embarrassant. Les pédiluves chauds, les frictions excitantes, les épispastiques, les sinapismes, sont alors les seuls moyens qui méritent quelque confiance, comme étant les plus rationnels; mais ils sont ordinairement infructueux, et peuvent tout au plus retarder la mort de quelques instans. Quelle ressource trouverait-on en pareille circonstance dans les toniques ou les cordiaux? et comment leur supposer de l'efficacite?

Il ne nous reste plus qu'à examiner le traitement consécutif, ou de la convalescence, et celui des complications, avant de parler du traitement préservatif.

Lorsque les symptômes du croup viennent à diminuer d'intensité, et que l'état du malade

---

sait encore que M. Magendie a injecté récemment, à l'Hôtel-Dieu, une assez grande quantité d'eau tiède dans les veines d'un homme affecté d'une maladie cérébrale, et qu'il en résulta du soulagement pendant quelques jours.

s'améliore, il faut continuer l'usage des moyens propres à modérer la toux et à favoriser l'expulsion des mucosités. On insistera sur les adoucissans, les mucilagineux, les doux expectorans. On entretiendra la liberté du ventre par des lavemens simples ou émolliens, et l'on fera suppurer pendant quelques jours les vésicatoires qui auront été appliqués. C'est par de semblables moyens que la maladie perdra enfin son caractère de gravité, et tendra à une terminaison favorable.

Pendant la convalescence, on donnera au malade des alimens doux et de facile digestion, et l'on évitera avec soin toutes les circonstances capables de produire une rechute.

Le traitement qui vient d'être exposé doit nécessairement éprouver des modifications selon les complications qui existent ou surviennent dans le cours de la maladie. C'est à la sagacité du médecin qu'il appartient de décider de la nature de ces modifications. Ainsi, dans le cas de pneumonie, on insistera particulièrement sur les saignées générales, etc.; mais il ne faut jamais perdre de vue l'affection principale, et les indications qu'elle présente.

ART. II. *Traitement préservatif.*

Ce traitement trouve son application dans les cas où le croup règne épidémiquement, afin de préserver de la maladie les enfans qui n'en sont pas encore atteints. Il convient également à ceux qui, ayant déjà été guéris du croup, se trouvent placés dans des circonstances propres à déterminer une récidive.

Parmi les règles que prescrit l'hygiène, les plus importantes sont celles qui consistent à éviter l'effet des variations atmosphériques. Dans cette vue, on habillera les enfans assez chaudement pour qu'ils n'aient rien à craindre de l'action du froid. On les empêchera de sortir et de s'exposer à l'influence de l'air libre, si la température de l'atmosphère est froide et humide. On maintiendra aussi la liberté du ventre et des excrétions.

Un des meilleurs moyens de soustraire les enfans aux dangers de l'angine croupale consiste à les éloigner des pays froids et humides, où cette maladie est fréquente, ainsi que les affections catarrhales. M. Valentin rapporte, dans son ouvrage, l'observation d'un négociant qui abandonna le séjour de Genève, parce que ses enfans y avaient été atteints plusieurs fois

du croup, pour venir habiter Marseille, où ils jouissaient depuis plusieurs années de la meilleure santé.

Quant aux moyens médicaux et pharmaceutiques, ils auront pour but de modérer la toux, si l'enfant est enrhumé, ou de calmer l'enrouement, si sa voix vient à s'altérer. On lui fera prendre des béchiques, des potions gommeuses. On posera quelques sangsues au cou, s'il y a menace de congestion vers cette partie. L'application d'un vésicatoire au bras et l'emploi de quelques bains tièdes sont des mesures de précaution auxquelles on peut accorder la plus grande confiance. Les bains froids et l'assa-fœtida ont eté conseillés par plusieurs auteurs, et surtout par Millar; mais ils ne sont pas sans inconvenient, et il est même douteux qu'ils jouissent de quelque efficacité.

Enfin on peut regarder comme préservatif du croup un traitement antiphlogistique très-actif, dans le cas où une simple angine laryngée, chez un enfant, menace par son intensité de se convertir en une angine croupale.

Je viens d'exposer les diverses méthodes de traitement du croup conseillées par les auteurs, et mises en usage jusqu'à ce jour; mais, dans

cette multitude de remèdes que j'ai passés en revue, il n'en est qu'un petit nombre dont l'efficacité est assez généralement reconnue, et j'ai déjà indiqué le degré de confiance qu'ils méritent. C'est un point sur lequel je reviendrai plus tard, attendu l'importance qu'il réclame, en exposant la méthode que j'emploie pour traiter l'angine croupale. Je crois nécessaire de rapporter auparavant un certain nombre d'observations pratiques choisies parmi celles que j'ai recueillies à l'hôpital des Enfans. Je m'attacherai surtout à faire ressortir les avantages et les inconvéniens des diverses méthodes curatives; et dans les conclusions sur la nature, les variétés et le traitement du croup, que je déduirai de mes observations sur cette maladie, j'exposerai les moyens thérapeutiques qui me paraissent devoir être préférés.

De dix-huit observations que je rapporte, il n'en est que trois qui offrent des exemples de guérison. On verra que cette terminaison si désirable n'a pu être obtenue que dans la première période du croup, ou au commencement de la seconde. Un traitement actif, employé dès le début, a été le seul efficace, et il a consisté dans les émissions sanguines suivies des vomitifs et des exutoires.

Si l'on consulte les ouvrages de médecine, on y trouve egalement que ces moyens thérapeutiques sont les plus avantageux. Sur dix observations consignées dans l'ouvrage de Rosen (Maladies des enfans), et recueillies par Home ou par des médecins suédois, trois malades seulement ont été soustraits à la mort, parce que l'angine croupale fut traitée méthodiquement dès le principe. On avait employé les saignées générales, les sangsues, les vésicatoires et les fumigations d'eau tiède aiguisées d'un peu de vinaigre. Ces observations prouvent encore combien est grande la mortalité à la suite du véritable croup. Mais, dans beaucoup d'auteurs, on trouve de nombreuses observations de maladies inexactement décrites sous le nom de *croup*, et qui ne sont que des angines laryngées ordinaires, plus ou moins intenses. De là l'idée généralement répandue que le croup est très-fréquent chez les enfans. De là aussi les nombreuses guérisons de ces prétendus croups, ou, pour parler plus juste, de ces angines laryngées dont l'issue est rarement funeste; et les récidives si multipliées de la maladie, dont quelques enfans, au rapport de certains auteurs, ont pu être atteints jusqu'à sept fois. Je puis affirmer, d'après ma propre expérience, que

le croup est réellement moins fréquent qu'on n'est disposé à le croire, et qu'il est souvent confondu avec l'angine ordinaire des voies aériennes. Les premières observations, contenues dans la troisième partie de cet ouvrage, peuvent faire juger de la ressemblance qui existe entre le croup et diverses angines du conduit aérien, et de la facilité avec laquelle on peut se méprendre sur le diagnostic, quand on se contente d'un examen superficiel des symptômes.

CHAPITRE TROISIÈME.

OBSERVATIONS PRATIQUES.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Croup laryngé, compliqué d'angine couenneuse du pharynx, et terminé par la mort au bout de deux jours.

Charles Muller, âgé de trois ans, était traité, à l'hôpital des Enfans, pour une ophthalmie qui durait depuis six mois, lorsqu'il fut atteint du croup, dans la nuit du 15 au 16 avril 1819, dix jours après son arrivée. Il se manifesta aussitôt une toux rauque, fréquente, accompagnée du son croupal; respiration difficile; fièvre; pas d'expectoration. (Six sangsues à la

région antérieure du cou; un vésicatoire au même endroit; hydromel; diète.)

Les symptômes continuèrent avec la même intensité, dans la journée du 16, et la nuit suivante.

Le 17, à la visite du matin, même état; fièvre; toux rauque et fréquente; voix éteinte; pâleur, affaiblissement. (Sinapismes sur le coude-pied; un julep contenant un grain de kermès; un électuaire composé d'une once de miel et de dix-huit grains de sulfure de potasse.)

Nulle amélioration dans la journée; progrès de l'affaiblissement; mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique. Le *crâne* ne fut pas ouvert. La fausse membrane des voies aériennes s'apercevait dans le fond du *pharynx* en écartant les mâchoires; elle était très-épaisse sur les *amygdales.* Dans le *larynx*, elle était molle, diffluente, puriforme, mais très-distincte. La rougeur de la *membrane muqueuse du larynx* était peu vive. La *trachée* et les *bronches*, dans l'état naturel, contenaient seulement des mucosités. *Poumons* sains; quelques *ganglions bronchiques* tuberculeux. Les *organes abdominaux* n'offraient aucune altération.

Cette affection résidait principalement dans le larynx, et s'étendait à une partie de l'arrière-bouche. Sa marche fut très-aiguë, puisque l'angine se termina en quarante-huit heures. Elle exigeait nécessairement un traitement fort actif. Peut-être eût-il été convenable de faire une seconde application de sangsues, le premier jour de la maladie. Néanmoins, l'enfant n'ayant que trois ans, il ne fallait pas trop insister sur les débilitans, mais plutôt sur les exutoires et les dérivatifs. Plusieurs vésicatoires aux extrémités inférieures auraient sans doute été utiles, indépendamment de celui du cou. Si l'on eût pu employer les bains tièdes, ils eussent probablement modéré aussi la fievre et l'intensité de la phlegmasie, en suppleant à la petite quantité de boissons que prit le malade.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Croup trachéal et bronchique, précédé et compliqué d'une pleuro-pneumonie avec commencement de phthisie tubsreuleuse, et d'une entérite. —Terminaison par la mort au bout de trois jours.

Modeste Gerbault, âgé de deux ans, entra le 4 février (1) à l'hôpital, ayant une ophthal-

---

(1) Cette observation, ainsi que toutes les suivantes, fut recueillie en 1819 à l'hôpital des Enfans.

mie avec ulcération et écoulement puriforme des paupières, et une diarrhée accompagnée de fièvre. Le 26 du même mois, dans la journée, il prit de l'enrouement et de la toux, qui augmenta par degrés. La respiration était gênée. La nuit, il y eut de l'insomnie et de l'agitation.

Le 27, deuxième jour de la maladie, le pouls était très-fréquent, déprimé, presque filiforme; la voix très-enrouée; la toux croupale, difficile, sifflante, accompagnée d'efforts et d'écoulement de salive. (Infusion de mauve; émétique, un grain, dans quatre onces d'eau; julep huileux; cinq sangsues au cou; sinapismes aux pieds; diète.)

Le soir, pâleur extrême, état d'anxiété, beaucoup de gêne dans la respiration. (Un vésicatoire au cou.)

Même état dans la nuit.

Le 28, au matin, pâleur générale, agitation; perte de connaissance; extinction de la voix; gène excessive de la respiration; toux par intervalles. (Le vésicatoire n'avait produit aucun effet sur les tégumens; on remit les sinapismes aux pieds.)

Mort à une heure de l'après-midi.

Ouverture du corps. Une fausse membrane

peu épaisse recouvrait la *trachée-artère* dans toute son étendue et le commencement des *bronches*. Le *larynx* était dans l'état naturel. La *membrane muqueuse de la trachée et des bronches* très-rouge et injectée. *Poumon droit* sain; adhérences du *poumon gauche*, dont le lobe inférieur était hépatisé et contenait quelques tubercules. Son lobe supérieur hépatisé à un moindre degré, et sans tubercules. Le *cœur* sans altération. Dans l'abdomen, *l'estomac* présentait une rougeur assez vive à sa surface muqueuse, aux environs du *cardia*. La *membrane muqueuse* de *l'intestin grêle* était rouge aussi au *duodénum*. Même rougeur vers la fin de l'*iléon*, qui contenait un ver lombricoïde, et au commencement du *colon*. Les *ganglions mésentériques* étaient rosés et assez volumineux.

L'enfant dont il est ici question, encore plus jeune que celui qui fait le sujet de l'observation précédente, était déjà affaibli par des maladies antérieures très-graves, et ces deux circonstances devaient rendre circonspect sur l'emploi des débilitans et des sangsues en particulier. Les vomitifs et les nauséabonds paraissaient plus convenables; mais la phlegmasie des voies digestives s'opposait à leur adminis-

tration. Les vésicatoires étaient donc presque les seuls moyens actifs indiqués en pareil cas ; mais le seul qui fut appliqué le deuxième jour de la maladie ne produisit pas même la rubéfaction de la peau. La pâleur et le refroidissement général semblaient nécessiter l'emploi des remèdes propres à rappeler la chaleur à l'extérieur, tels que les bains entiers, les pédiluves sinapisés, l'apposition d'une boule d'eau chaude aux pieds. Cependant il est fort douteux que tous ces moyens eussent réussi dans l'état de faiblesse extrême où se trouvait ce jeune enfant, déjà affecté d'autres maladies mortelles.

TROISIÈME OBSERVATION.

Croup laryngé terminé par la convalescence au bout de six jours.

Charles Gillet, âgé de six ans et demi, avait depuis long-temps une ophthalmie assez vive. Il eut la rougeole dans les premiers jours d'avril, où il entra à l'hôpital. L'éruption suivit sa marche naturelle. Le 4 mai suivant, dans la soirée, l'enfant fut pris d'une toux rauque, d'abord peu fréquente, mais qui le devint graduellement davantage. Il survint ensuite un mouvement fébrile, une douleur à la gorge. La toux revêtit le caractère croupal. (Huit sang-

sues au cou, infusion de mauve; ipécacuanha, vingt-quatre grains, dans de l'eau sucrée; sulfure de potasse, dix-huit grains, dans une once de miel.)

La nuit fut assez tranquille, quoiqu'il y eût insomnie.

Le 5, au matin (deuxième jour), la toux était encore rauque et fréquente, mais moins sèche; la peau chaude et humide; même douleur à la gorge; pouls fréquent, accéléré. (Huit sangsues au cou, un grain d'émétique dans six onces d'eau, un julep huileux, avec un grain de kermès; diète.)

Ces divers symptômes persistèrent dans la journée, mais sans augmenter de violence.

Le 6, au matin, moins de fièvre, toux rauque et fréquente, voix moins altérée, respiration toujours embarrassée. L'émétique donné la veille avait fait rejeter beaucoup de matières visqueuses. (Boissons adoucissantes, lavemens, julep huileux, avec kermès; diète.)

Le 7 et le 8, amélioration marquée, diminution considérable de la douleur de la gorge. Il restait néanmoins de l'enrouement, de la toux, de la gêne dans la respiration. (Décoction d'orge avec oxymel, potion gommeuse, cataplasmes sinapisés autour des pieds, décoc-

tion d'un gros d'ipécacuanha dans six onces d'eau, en trois prises; sulfure de potasse, un scrupule, dans deux onces de sirop ; un bouillon.)

Le 9 et le 10, *mieux* très-marqué ; toux moins fréquente, assez *grasse;* peu de fièvre, diminution de l'enrouement. (Orge avec oxymel. look blanc, avec un grain de kermès.)

Quelques jours après, il revint de la douleur à la gorge, de la toux, de l'aphonie. Tous ces symptômes disparurent par une nouvelle application de sangsues au cou, et d'un vésicatoire à la nuque. On continua les mêmes boissons et la potion gommeuse. En peu de temps, la voix reprit son timbre naturel.

L'enfant sortit le 30 mai, entièrement guéri.

L'individu dont l'observation vient d'être rapportée était d'un âge où le croup est nécessairement moins dangereux, et où les moyens énergiques, si bien indiqués dans cette maladie, peuvent être employés avec plus de hardiesse, et conséquemment de succès. Il faut aussi remarquer que l'angine croupale présentait, chez cet enfant, des symptômes moins intenses et une marche moins rapide que dans les observations précédentes. Le traitement fut aussi plus actif, plus méthodique, et dirigé plus à

propos dès le début de la maladie. Toutes ces circonstances expliquent le résultat heureux qu'on obtint. Il est bon de noter qu'après l'amélioration bien marquée de l'état du malade, et la diminution de tous les symptômes, il survint une espèce de rechute; elle n'eut aucune suite fâcheuse, grâces à la promptitude qu'on mit à la combattre. Il faut en conclure qu'on ne doit jamais perdre de vue les enfans déjà presque guéris du croup, et qu'il est nécessaire de les surveiller jusqu'à l'entière disparition des phénomènes de la maladie.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Croup laryngé terminé par la mort au bout de trente-six heures.

Beauvillain Saint-Ange, âgé de trois ans et demi, était depuis quinze jours en traitement à l'hôpital, pour des dartres sur les extrémités, et pour une irritation intestinale caractérisée par de la fièvre, du dévoiement et de la tension à l'abdomen.

Le 22 juin, dans la matinée, les premiers symptômes du croup se manifestèrent : la fièvre devint très-forte, la voix aiguë et perçante, la respiration embarrassée; la toux prit le caractere croupal. (Infusion de mauve, potion gommeuse, sinapismes aux pieds.)

Persévérance des mêmes symptômes dans la journée et dans la nuit.

Le lendemain, rougeur de la face ; fièvre intense, voix sibilante, toux croupale, déglutition difficile, dyspnée extrême, douleur à la région du larynx, où l'enfant portait souvent la main. (Huit sangsues au cou, potion gommeuse, diète.)

Dans la soirée du même jour, affaiblissement, pouls misérable, respiration très-gênée, déglutition impossible, prostration générale, pâleur et refroidissement.

Mort à dix heures.

L'*autopsie cadavérique* fit reconnaître une vive rougeur dans toute l'étendue du *larynx* et sur la surface du *pharynx*. Quelques lambeaux membraniformes se remarquaient sur la *membrane laryngée*. La *trachée-artère* et les *bronches* étaient saines et remplies de mucosités. Tous les autres organes sans altération. La *membrane muqueuse des intestins grêles* présentait seule quelques traces de rougeur disséminées.

Cette angine offrait évidemment une marche des plus aiguës. Le traitement employé fut insuffisant pour s'opposer à ses progrès. Les sangsues étaient indiquées dès le premier moment.

Les bains tièdes, les lavemens, les pédiluves, les sinapismes, les vésicatoires surtout et les vomitifs, eussent pu être mis en usage, selon les indications, si l'augmentation rapide et presque foudroyante des symptômes eût permis d'employer successivement toutes les ressources de la thérapeutique.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Croup général des voies aériennes compliqué d'une phthisie tuberculeuse. — Terminaison par la mort au bout de trente-six heures.

François Lymandas, âgé de trois ans et demi, affecté depuis six mois de plusieurs ulcères scrofuleux et d'une ophthalmie chronique, présenta les premiers symptômes du croup le 29 juin au soir. On appliqua aussitôt huit sangsues au cou, et l'on administra un julep contenant un grain de kermès. Il y eut, dans la nuit, des vomissemens abondans et plusieurs évacuations alvines.

Le lendemain matin, 30 juin, toux rauque, croupale, fréquente; oppression, altération de la voix, fièvre, assoupissement, faiblesse, refroidissement des extrémités. (Cinq sangsues à la région antérieure du cou; un vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds, eau gom-

mée pour boisson; poudre d'ipécacuanha, huit grains dans quatre onces d'eau ; dix-huit grains de sulfure de potasse dans une once de sirop d'ipécacuanha.)

Progression croissante de tous les symptômes dans la journée et dans la nuit suivante, vomissemens abondans, pâleur extrême, extinction de la voix, affaiblissement.

Mort le 1er juillet, à cinq heures du matin.

Ouverture du corps. Les *tonsilles* et la *luette* étaient rougeâtres, recouvertes d'un mucus épaissi et puriforme. La partie postérieure des *fosses nasales* et le *pharynx* offraient la même disposition : surface de l'*épiglotte* très-rouge; *membrane muqueuse* du *larynx* de couleur rosée; *ventricules laryngiens* contenant une couche de pus membraniforme et adhérente. De semblables lambeaux *pseudo-membraneux* se remarquaient dans la *trachée-artère.* Toutes les *bronches*, tapissées d'un pus épaissi et de fausses membranes, offraient une rougeur d'autant plus vive qu'on s'éloignait davantage de leurs premières divisions. *Ganglions bronchiques* sains et volumineux. Les *poumons* offraient en plusieurs endroits des points tuberculeux et purulens, surtout le *poumon gauche*, dont une partie se trouvait hépatisée. L'œso-

phage était sain ; l'*estomac* recouvert d'une couche membraniforme exhalant l'odeur de l'hydrogène sulfuré ; la *membrane muqueuse*, en dessous de cette couche, saine et conservant sa couleur naturelle ; le *canal intestinal* sans aucune altération.

Cette observation paraît intéressante sous plusieurs rapports : 1° en ce qu'elle offre l'exemple d'un croup général siégeant à la fois dans l'arrière-bouche et dans la totalité des voies aériennes ; 2° en ce que la maladie a présenté une marche extrêmement aiguë, toujours croissante, et sans la moindre rémission dans les symptômes. Cette marche fut si rapide, qu'il fut impossible d'y reconnaître aucune distinction de périodes, et que l'adynamie se déclara tout d'un coup, presque dès l'invasion.

3° Relativement au traitement. Il présentait évidemment deux indications : arrêter les progrès de l'inflammation, et empêcher l'adynamie. Les débilitans, destinés à remplir la première indication, exigeaient la plus grande réserve, le sujet étant déjà affaibli par une maladie antécédente. Les sangsues paraissaient devoir être préférées aux saignées générales. Les rafraîchissans étaient très-convenables, et les

dérivatifs nécessaires, surtout les vésicatoires. Le sulfure de potasse, qui a été prescrit, me semble au moins avoir été inutile, s'il ne fut pas dangereux.

SIXÈME OBSERVATION.

Croup foudroyant général, accompagné de symptômes nerveux, et compliqué d'une irritation gastro-intestinale. — Terminaison par la mort au bout de vingt-quatre heures.

Un enfant de quatre ans, d'une constitution nerveuse, et affecté depuis plusieurs mois d'une danse de Saint-Guy, fut pris, dans la journée du 19 juin, des premiers symptômes du croup. La fièvre devint tout d'un coup très-vive, la voix très-altérée, la toux rauque et fréquente, la respiration difficile. On appliqua six sangsues au cou, et on prescrivit une potion huileuse.

Tous les symptômes redoublèrent d'intensité dans le reste de la journée et dans la nuit suivante. Il y eut quelques mouvemens convulsifs.

Le lendemain matin, 20 juin, état d'anxiété, toux pénible et enrouée, voix presque éteinte, respiration sibilante, insomnie, agitation continuelle, déglutition difficile et douloureuse, accompagnée d'un sentiment de suffocation.

(Hydromel, julep huileux, look blanc, avec trois grains de musc; un bain tiède, inspiration de la vapeur de l'éther, application de deux cataplasmes sinapisés sur les pieds, deux demi-lavemens avec camphre et assa-fœtida, ãã douze grains.)

Augmentation progressive des symptômes, malgré tous les moyens employés.

Mort par suffocation à quatre heures de l'après-midi.

Ouverture du corps. Voies aériennes et *organes thoraciques : la luette*, le *voile du palais* et le *pharynx* étaient rouges et enflammés ; ce dernier, couvert d'une fausse membrane. Le *Larynx* et la *trachée* contenaient un mucus épais et des lambeaux membraniformes adhérens. *Membrane muqueuse du conduit aérien* très-rouge, jusque dans les divisions secondaires des bronches. *Poumons* sains et crépitans ; le *gauche* était seulement un peu endurci dans une partie de son lobe inférieur. *Organes digestifs : œsophage* sain. *Estomac* contracté, assez rouge à la surface muqueuse. *Membrane intestinale* également rougeâtre. Le *jéjunum* contenait un ver lombricoïde, et présentait un peu plus bas une invagination peu étendue et sans rougeur plus marquée dans cet endroit.

La maladie dont l'histoire vient d'être tracée offrait une marche encore plus aiguë que toutes les précédentes. La fièvre et les symptômes inflammatoires étaient des plus intenses, et réclamaient impérieusement le traitement le plus actif. On aurait pu revenir plusieurs fois aux sangsues. Les bains tièdes aussi paraissaient nécessaires. Les vésicatoires pouvaient également être utiles. Quant aux antispasmodiques employés, ils n'ont semblé avoir aucun avantage, surtout l'éther en fumigation; mais l'on ne pourrait désapprouver les lavemens avec l'assa-fœtida. Les vomitifs n'ont pas été administrés, et ils se trouvaient, en effet, contr'indiqués par les phénomènes nerveux dont s'accompagnait l'angine croupale.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Croup laryngo-trachéal simple. — Guérison vers le cinquième jour.

Ambroise Rognon, âgé de six ans, avait la gale lorsqu'il entra à l'hôpital. Pendant son séjour, il eut une variole discrète et une pneumonie aiguë, dont il guérit parfaitement.

Le 7 avril, dans la nuit, il fut pris d'enrouement, de fièvre, avec difficulté de respirer; toux fréquente, sèche et rauque, accompagnée

du son croupal; douleur à la région antérieure du cou. Le thorax percuté résonnait bien. (Huit sangsues appliquées à la région douloureuse, un grain d'émétique dans un verre d'eau, une potion gommeuse, sinapismes sur le coude-pied.)

Le 8, au matin, même état, pouls fréquent, persistance de la douleur à la trachée. Quelques vomissemens avaient été déterminés la veille par le tartre stibié; la toux était suivie d'une expectoration de matières glaireuses et filantes. (Nouvelle application de huit sangsues à la région antérieure du cou, un vésicatoire à chaque bras, infusion de mauve édulcorée avec le miel, potion huileuse, diète.)

Dans la journée, la toux fut moins forte; l'expectoration abondante, la douleur locale presque nulle, la respiration plus facile; la fièvre cessa un peu, et recommença ensuite dans la nuit.

Le 9, le pouls était développé; il y avait encore de la toux et de l'enrouement. (Huit sangsues au cou, un vésicatoire à la nuque, un grain d'émétique dans quatre onces d'eau, potion huileuse avec un grain de kermès...) La journée se passa bien; l'émétique produisit des vomissemens copieux; l'expectoration fut

aussi très-abondante ; il y eut beaucoup de soulagement.

Le 10, respiration plus facile, peu de toux, pouls naturel.

Le 11, guérison.

On voit, par cette observation, combien il est important de suivre un traitement actif dans le croup. Les indications ont été parfaitement remplies. On a appliqué les sangsues jusqu'à trois fois, dans trois jours de suite, et en nombre proportionné aux forces du sujet et à l'intensité des symptômes. L'émétique réitéré deux fois, en deux jours différens, les vésicatoires appliqués, au nombre de trois, en divers endroits, ont été également très-utiles. Aussi le succès a-t-il répondu à l'attente du médecin ; il fut aussi complet que le traitement fut actif et bien dirigé.

HUITIÈME OBSERVATION.

Croup général accompagné d'une dilatation des bronches, d'une gastrite latente, et d'un état tuberculeux général des ganglions lymphatiques. — Terminaison par la mort au cinquième jour.

Eugène Devaux, âgé de neuf ans, entra à l'hôpital pour une éruption miliaire, qui ne tarda pas à se dissiper.

Le 9 octobre, il éprouva une toux sèche et de la fièvre. La luette était très-rouge, les tonsilles peu gonflées, mais garnies de petites taches blanchâtres ; le visage animé. (Tisane d'orge, cinq sangsues à la partie antérieure du cou, un grain d'émétique.) Il y eut des vomissemens répétés.

Le lendemain 10, amélioration, toux légère, peu de douleur à la gorge, selles naturelles.

Le 11, l'enfant, s'étant levé, s'exposa au froid. Dès le soir même, la toux devint plus forte, la voix s'altéra ; il y eut de la douleur à la gorge, de la fièvre, de l'oppression.

Dans la nuit, tous ces symptômes redoublèrent d'intensité.

Le 12, toux rauque et croupale, extinction de la voix, respiration très-gênée, pouls fébrile. (Hydromel, julep huileux, quatre sangsues au-devant du cou, sinapismes aux pieds.)

Le 13, toux rauque, sans expectoration ; dyspnée, oppression, aphonie, douleur à la région du larynx, insomnie, soif vive, accélération du pouls. La poitrine, percutée, résonnait bien. On apercevait au fond de la bouche une couche épaisse de mucosités. (Saignée du pied, un large vésicatoire au-devant de la poi-

trine, pédiluve sinapisé, un grain d'émétique dans six onces d'eau.) Le soir, la respiration était très-embarrassée, et tous les symptômes du croup portés à leur plus haut degré, quoique l'émétique donné dans la journée eût produit quelques vomissemens.

Le 14, toux fréquente et sèche, toujours aussi rauque; aphonie, oppression, fièvre, rougeur des pommettes, pâleur du reste de la face, refroidissement de la peau, ventre souple et indolent; le malade ne pouvait respirer qu'en renversant la tête en arrière. (Julep huileux, avec un grain de kermès, lavement avec une once de miel de mercuriale, deux vésicatoires aux bras, sinapismes aux pieds.)

L'enfant mourut le lendemain, par suffocation, à quatre heures du matin.

Ouverture du corps. — *Voies aériennes* : le *voile du palais* était enflammé, d'un rouge violacé, et offrait quelques lambeaux de fausse membrane. Même disposition dans le *larynx*. La *trachée* était tapissée, dans toute sa longueur, d'une fausse membrane blanchâtre, épaisse et facile à détacher. Cette concrétion membraniforme se prolongeait, des deux côtés, dans les *bronches*. Les *ramifications bronchiques* du côté droit étaient sensiblement dilatées, les *poumons*

crépitans et gorgés de sang. — *État des autres organes. Cœur* assez volumineux; ses cavités remplies d'un sang fluide. Les *plèvres* présentaient des adhérences anciennes et très-fortes des deux côtés. *Ganglions bronchiques* rouges et gonflés, en partie tuberculeux, surtout à gauche. *Estomac* contracté, rouge et enflammé à sa surface muqueuse. *Conduit intestinal* dans l'état naturel. *Ganglions lymphatiques cervicaux, sous-claviers, mésentériques* et *inguinaux* très-volumineux; quelques-uns de la grosseur d'un œuf; la plupart tuberculeux et ramollis. Un abcès énorme occupait le médiastin postérieur, devant les premières vertèbres dorsales, et sous la plèvre costale à droite. Un second abcès se rencontrait un peu plus bas.

Les réflexions qui accompagnent les observations précédentes peuvent également s'appliquer à celle-ci. Le traitement aurait pu, sans doute, être plus actif dès le début ou dans les premiers jours qui suivirent l'invasion. L'enfant eût été, il est vrai, plus tard, victime de l'affection tuberculeuse générale démontrée par l'autopsie; mais un traitement plus énergique eût peut-être prolongé quelque temps son existence. La saignée du pied, pratiquée dans ce

cas particulier, n'a paru produire aucun effet avantageux.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Croup général compliqué de pneumonie latente, d'entéro-mésentérite et d'hydropisie.—Terminaison par la mort, le quatrième jour.

Antoine-Dominique Minard, âgé de sept ans, était traité, depuis trois semaines, pour une affection vermineuse, avec diarrhée, fièvre lente et bouffissure de la face.

Le 1er octobre, apparition des symptômes précurseurs du croup : toux sèche par intervalles, face animée, rougeur des conjonctives, agitation, insomnie.

Le lendemain 2, douleur à la gorge; toux rauque, respiration sibilante, oppression, fréquence du pouls, pâleur de la face, diarrhée. Les amygdales, rouges et tuméfiées, étaient couvertes d'une couche couenneuse facile à apercevoir. (Eau gommée édulcorée avec le sirop de gomme; une livre de décoction de polygala, avec dix-huit grains d'ipécacuanha; julep gommeux.)

Le soir, même oppression; beaucoup de toux, accompagnée de sifflement. Quelques vomissemens avaient eu lieu dans la journée.

(Cinq sangsues à la région du larynx, un large vésicatoire au-devant du cou, julep, avec un grain de kermès; eau gommée contenant un scrupule de sulfure de potasse.)

Le 3, toux un peu moins fréquente, mais aussi sèche; respiration gênée, même douleur à la partie antérieure du cou, faiblesse du pouls, pâleur de la face. (Décoction de polygala miellée, un demi-gros de sulfure de potasse dans deux onces d'eau de gomme, pédiluve sinapisé; diète.)

Le 4, toux un peu moins fréquente et moins sèche; même difficulté de la respiration, peu de soif, sensibilité du ventre, principalement dans le trajet du colon; faiblesse du pouls, pâleur, affaissement général. (Décoction de polygala édulcorée avec le sirop de gomme; julep gommeux, un large vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds.)

L'enfant mourut le même jour, dans la matinée.

Autopsie cadavérique. — Conduit aérien. L'entrée du larynx et la partie voisine du *pharynx* étaient d'un rouge-violet très-intense, qu'on ne pouvait faire disparaître par des lotions répétées. La *face inférieure de l'épiglotte* et la *membrane muqueuse du larynx* d'un rouge

également foncé, recouvertes d'une fausse membrane mince, très-adhérente; la *trachée* et les *bronches* pareillement enflammées. Les *rameaux bronchiques* du côté gauche présentaient une fausse membrane qui suivait leurs divisions, et qui pénétrait profondément. *Lobes inférieurs des deux poumons* hépatisés à leur partie postérieure. — *Organes abdominaux. Péritoine* contenant environ une livre de sérosité épanchée, *estomac* sain, *intestin grêle* renfermant un grand nombre de vers lombrics; rougeur de la *membrane muqueuse* de *l'iléon* et de la *valvule* du *cœcum*, *membrane interne* du *gros intestin* légèrement boursoufflée, *ganglions mésentériques* gonflés. Tous les autres organes dans l'etat naturel.

Voici un nouvel exemple du peu d'efficacité du polygala et du sulfure de potasse. Ce dernier médicament m'a toujours semblé dangereux, surtout à forte dose, comme à celle d'un scrupule ou d'un demi-gros. N'est-il pas probable que, dans cette observation, il n'a pas été étranger à la production de l'entérite, qui s'est développée immédiatement à la suite de son administration? Je ne saurai trop répéter qu'il existe des moyens moins dangereux et incom-

parablement plus efficaces pour traiter le croup. Ce sont les sangsues, les vomitifs, les vésicatoires, les bains tiedes et les lavemens.

DIXIÈME OBSERVATION.

Croup laryngo-trachéal survenu pendant une éruption de rougeole. — Guérison au bout de quatre jours.

Alexis Chantrier, âgé de sept ans et demi, d'une bonne constitution, était affecté, depuis plusieurs mois, de dartres squameuses.

Le 29 juin, il eut une éruption de rougeole, qui commença par la face et la poitrine.

Le lendemain, dans la journée, cet enfant présenta tous les symptômes du croup : douleur au larynx et à la trachée, enrouement de la voix, toux rauque, sèche, croupale; respiration difficile et sifflante, gonflement de la face, pouls fébrile, très-développé. L'invasion fut subite, la rougeole n'avait fait que peu de progrès.

Appelé presque aussitôt auprès du malade, je fis appliquer seize sangsues aux parties latérales et antérieures du cou ; je fis ensuite recouvrir leurs piqûres de cataplasmes émolliens, et envelopper les pieds de sinapismes. L'enfant prit pour boisson de l'hydromel, et, de quart d'heure en quart d'heure, une cuillerée d'une

potion huileuse contenant deux grains de kermès.

Le soir, le pouls était encore assez développé, la toux moins fréquente, et suivie d'une expectoration glaireuse abondante. La nuit fut calme, quoique l'enfant ne pût dormir.

Le lendemain matin, tous les symptômes étaient améliorés, la respiration plus facile. Il n'y avait presque pas de fièvre. (Hydromel, potion huileuse avec kermès , lavemens, diète absolue.)

Le troisième jour, peu de toux ; la voix avait repris son timbre naturel.

Le quatrième jour, guérison complète. La rougeole était presque entièrement éteinte.

Cette observation présente un croup simple, ou seulement compliqué de rougeole, guéri par les antiphlogistiques administrés dès le début. L'inflammation, combattue à sa naissance, ne put continuer ses progrès, et la fausse membrane n'eut pas le temps de se produire. Une semblable terminaison est la plus heureuse qu'on puisse désirer; mais il est rare que le médecin soit ainsi appelé dans le principe de la maladie, et les chances de guérison deviennent alors bien moins certaines.

ONZIÈME OBSERVATION.

Croup général sthénique, terminé par la mort au bout de cinq jours.

Alexandre Moreau, d'une forte constitution, âgé de six ans et demi, était depuis deux mois à l'hôpital pour une épilepsie qui lui était survenue à l'âge de cinq ans, par suite d'une vive frayeur, et dont les accès se renouvelaient fréquemment.

Le 27 octobre, ayant éprouvé un refroidissement subit, cet enfant présenta les phénomènes suivans : toux sèche et fréquente, voix rauque, douleur à la gorge, expectoration difficile, nausées et vomissemens, anxiétés, fièvre, face animée, rougeur visible du fond de l'arrière-bouche. (Huit sangsues au cou, un grain d'émétique, hydromel pour boisson, julep huileux, diète.)

Le 28, deuxième jour de la maladie, extinction de la voix, toux sèche et rauque, dyspnée, persistance de la douleur à la gorge, pouls fort et accéléré, face rouge et gonflée. Le vomitif donné la veille n'avait presque rien produit. (Dix sangsues au cou, pédiluve sinapisé.)

Le 29, même état, fièvre, extinction de la

voix. (Huit sangsues au cou, potion huileuse.)

Le 30, toux sibilante et pénible, dyspnée, aphonie, fièvre, rougeur de la face. (Un vésicatoire devant le larynx.)

L'enfant se leva pendant la nuit, dans un moment d'agitation, et se refroidit subitement.

Le lendemain, au matin, 31, tous les symptômes avaient redoublé de violence : oppression, orthopnée, respiration courte et bruyante, caractérisée par un sifflement aigu ; extinction complète de la voix, toux croupale, accompagnée de violens efforts; mouvement automatique pour porter la main vers la partie antérieure du cou, où siégeait la douleur; pouls dur et concentré, face vultueuse, lèvres violettes, état d'anxiété inexprimable, délire, suffocation imminente. (Saignée du bras, de deux palettes ; douze sangsues au cou, un grain d'émétique en lavage dans de l'hydromel, un look avec un grain de ce même sel; pédiluve sinapisé.)

Ces divers moyens ne produisirent aucune amélioration ; l'émétique ne détermina que quelques nausées inutiles; le sang tiré de la veine était extrêmement épais et couenneux; tous les symptômes poursuivirent leur marche avec la même intensité.

La mort eut lieu, dans la soirée, par suffocation.

Ouverture du corps. — Organes de la voix et de la respiration. Le *pharynx* était très-rouge, surtout aux environs de l'*épiglotte*, le *larynx* tapissé dans toute son étendue d'une fausse membrane très-épaisse, peu adhérente; la *trachée*, couverte d'un mucus puriforme, présentait en plusieurs endroits des lambeaux pseudo-membraneux; les *bronches* étaient engouées d'un mucus épais; toute la *membrane muqueuse*, depuis l'entrée du *larynx* jusqu'aux *rameaux bronchiques*, était épaissie et d'un rouge foncé. Les *poumons* n'offraient aucune altération. — *État des autres organes.* Tous les *muscles* rouges et volumineux; *cerveau* remarquable par une consistance extraordinaire et par l'engorgement de ses vaisseaux, du reste sans altération apparente; *cœur* très-volumineux, hypertrophie du *ventricule gauche* de cet organe. Plusieurs invaginations dans l'intestin grêle, dix ascarides lombricoïdes dans son intérieur.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation était d'une force extraordinaire pour son âge. Il offrait le modèle du tempérament sanguin et

de la constitution athlétique. Avec un tel sujet, on pouvait adopter impunément une méthode antiphlogistique des plus actives. Cependant les émissions sanguines, quoique assez abondantes, ne produisirent aucun soulagement marqué. Peut-être eussent-elles mieux réussi, si elles avaient été plus copieuses encore et plus rapprochées.

Le refroidissement subit de l'enfant, dans la nuit du quatrième au cinquième jour de sa maladie, ne fit qu'aggraver tous les symptômes et leur imprimer une marche plus rapide. C'est encore une nouvelle occasion de faire remarquer l'importance de surveiller jour et nuit les enfans atteints du croup.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Croup laryngé, avec angine couenneuse du pharynx, suivi d'une gastrite intense qui amena la mort au deuxième jour de la maladie.

Eugène Paillon, âgé de trente-cinq mois, avait la teigne depuis six semaines, lorsqu'il entra à l'hôpital. Il eut successivement une diarrhée accompagnée de fièvre, et une éruption de rougeole qui ne dura que peu de jours.

Le 15 novembre, il fut pris d'une toux sèche et fréquente, avec fièvre et céphalalgie. La

toux devint rauque et croupale la nuit suivante.

Le 16, au matin, toux sonore et pénible, fièvre, somnolence, respiration gênée, agitation, rougeur de la face. (Cinq sangsues à la partie antérieure du cou, ipécacuanha en poudre, huit grains; un julep, avec un grain de kermès.)

Le soir, à six heures, fièvre, respiration très-difficile, toux fréquente. Il n'y avait pas eu de vomissement dans la journée, mais seulement deux ou trois évacuations alvines. (Huit sangsues au cou.) A la suite de cette application, refroidissement des membres, roideur des bras, pâleur générale, affaiblissement. (Sinapismes chauds aux pieds, un vésicatoire à la partie antérieure du cou, deux autres vésicatoires aux bras; apposition aux pieds d'une boule d'étain remplie d'eau chaude.)

A huit heures, rubéfaction des pieds par les sinapismes; l'enfant reprit de la chaleur, son état s'améliora. La nuit se passa bien.

Le 17, dans la matinée, physionomie meilleure, pouls presque naturel, toux rare et moins rauque, respiration plus facile, soif. (Hydromel, deux pots; une potion huileuse, avec deux grains de kermès; un nouveau vési-

catoire à la partie antérieure du cou : l'enfant s'était arraché celui de la veille avant qu'il eût produit aucun effet. Émétique, un grain, dans quatre onces d'eau; un scrupule de sulfure de potasse dans une once de miel.)

Dans la journée, quelques vomissemens furent produits par le kermès contenu dans le julep. Le vésicatoire fut appliqué au cou. L'émétique, donné ensuite, ne produisit aucun résultat.

A cinq heures du soir, toux moins rauque, respiration assez facile, pâleur extrême de la face, refroidissement des bras.

La mort survint à huit heures, précédée de quelques mouvemens convulsifs et de vomissemens abondans.

Ouverture du corps. — Voies aériennes. Le *pharynx* et le *voile du palais* étaient tapissés d'une fausse membrane épaisse, qui se continuait sur les parties latérales de l'*épiglotte.* La partie inférieure du larynx était couverte d'une fausse membrane mince. La *muqueuse* n'offrait que peu de rougeur; *trachée-artère* contenant un peu de mucus puriforme; *bronches* saines, aussi-bien que les *poumons.* — *État des autres organes.* Les *vaisseaux cérébraux* étaient gorgés de sang; les *veines* du *rachis* en contenaient

aussi beaucoup; le *cœur* était rempli d'un sang noir et fluide. L'intérieur de l'*estomac* était couvert d'une fausse membrane très-étendue et très-épaisse. La *muqueuse* offrait une rougeur foncée vers l'extrémité splénique de ce viscère ; dans le reste de son étendue, elle était verdâtre ; elle exhalait une odeur désagréable, *hydrosulfurée*. Le *tissu cellulaire sous-muqueux* de l'estomac était infiltré. Le canal intestinal, sans altération, contenait quelques vers lombricoïdes.

Cette observation est une des plus intéressantes que j'ai recueillies. On y voit l'histoire d'un croup avec angine gutturale couenneuse chez un enfant âgé de moins de trois ans. Un traitement des plus énergiques est employé dès le principe. L'extrême faiblesse, momentanément produite par l'usage actif des débilitans, est combattue à propos par des moyens appropriés tendant à rappeler la chaleur à la peau. Bientôt les symptômes du croup diminuent; la nuit se passe mieux qu'on ne pouvait l'espérer, et le deuxième jour, à la visite du matin, l'état du malade est des plus satisfaisans : tout semble présager une guérison pro-

chaine et assurée. Cependant, à la suite de l'administration d'un grain d'émétique, qui ne produit pas d'effet sur-le-champ, et d'un scrupule de sulfure de potasse, donné presque immédiatement après, en une seule dose, il se développe tout d'un coup une gastrite intense qui emporte le malade dans l'espace de quelques heures. L'autopsie fait reconnaître cette métastase funeste de l'inflammation des voies aériennes sur la membrane muqueuse de l'estomac. L'état du conduit de la respiration ne présentait qu'un léger désordre, incapable par lui-même de produire la mort. La fausse membrane commençait à peine à se former dans le larynx. N'est-il pas probable que, sans cette dangereuse complication, le traitement qu'on employa dès le principe, continué les jours suivans avec quelques modifications, eût arrêté les progrès de la formation de la fausse membrane, et que cette couche couenneuse eût été ensuite expulsée par lambeaux? Le sulfure de potasse a donc été nuisible dans cette circonstance, comme il l'est presque toujours. On peut en conclure que cette substance, dont les effets pernicieux n'ont été que trop souvent constatés, doit être bannie de la thérapeutique du croup, et qu'il vaut mieux s'en tenir aux seuls moyens rationnels.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Croup trachéal compliqué d'angine laryngo-pharyngienne intense. — Terminaison par la mort au cinquième jour.

Pierre Picot, âgé de quatorze ans et demi, était malade depuis cinq jours. Il avait été pris tout d'un coup, sans cause connue, de douleurs à la gorge avec difficulté d'avaler et de respirer, fièvre, rougeur de la face. On fit une saignée du bras, et le deuxième jour on prescrivit l'émétique. Malgré ce traitement, l'inflammation fit des progrès rapides, et l'enfant entra à l'hôpital le 18 mars, dans l'état suivant :

Les amygdales étaient énormément gonflées et rapprochées l'une de l'autre. Le voile du palais, également tuméfié et poussé en avant, semblait former une cloison placée de champ derrière la langue ; l'haleine était fétide ; les parties latérales de la mâchoire rouges et enflées. Du reste, pâleur extrême de la face, lividité des lèvres, difficulté excessive de la respiration, anxiété portée au plus haut degré, agitation générale, affaiblissement complet, petitesse et irrégularité du pouls, voix presque entièrement éteinte. (Quinze sangsues au cou, deux grains d'émétique, sinapismes aux pieds.) Le malade ne vomit point ; il rendit seulement

des mucosités abondantes par les fosses nasales.

La mort arriva le même jour, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie cadavérique. — Toutes les parties de l'*arrière-bouche* étaient d'un rouge-violet foncé; la *luette* très-gonflée, d'une manière inégale cependant, aussi-bien que le *voile du palais*, qui offrait plus d'un demi-pouce d'épaisseur; son *tissu musculaire* était d'un rouge noirâtre et d'une consistance très-ferme. Les *amygdales*, et surtout la *gauche*, étaient volumineuses, d'un rouge obscur, couvertes dans toute leur surface d'une matière puriforme, jaunâtre; leur *tissu* présentait plus de densité que dans l'état naturel. La partie postérieure du *pharynx* était également violacée, et son tissu musculeux fortement épaissi, pénétré d'une grande quantité de sang. Les *bords de la glotte* et de l'*épiglotte* avaient une couleur semblable; leur *membrane muqueuse* et le *tissu sous-muqueux* très-épaissis; l'*épiglotte* relevée verticalement. La *membrane interne du larynx*, de couleur foncée, n'était couverte d'aucune couche pseudo-membraneuse. La *trachée*, remplie de mucosités écumeuses, présentait à sa surface muqueuse quelques lambeaux de fausse mem-

brane très-fine, mais bien distincte. Le *tissu sous-muqueux* était considérablement épaissi; les *bronches* pleines de mucus, et presque dans l'état ordinaire; les *poumons* légèrement engoués. L'*estomac*, rouge dans plusieurs points de sa surface muqueuse, offrait quelques petites ulcérations d'une à deux lignes de diamètre; il contenait deux vers lombrics. On en trouva aussi plusieurs dans l'*intestin grêle*, parfaitement sain d'ailleurs.

On ne peut s'empêcher de reconnaître dans cette observation un véritable croup trachéal, avec des caractères entièrement analogues à ceux de l'angine croupale qui siége dans le larynx; et c'est le second cas de ce genre (voy. plus haut la deuxième observation, p. 84) : même ordre de symptômes, même altération de la voix, même danger de suffocation, même genre de lésion organique, enfin même issue funeste. Ce n'est donc pas ici un faux croup, puisqu'il ne diffère du croup laryngé que par le lieu qu'occupe la fausse membrane. Il est vrai que, dans l'observation que je viens de rapporter, il existait une complication d'angine laryngo-pharyngienne, de nature non-membraneuse, mais des plus intenses que l'on ait

vues, et nul doute que cette complication formidable n'ait beaucoup contribué à la terminaison funeste de la maladie ; mais il est permis de croire aussi que, sans la coexistence de cette esquinancie, le croup trachéal seul eût également déterminé la mort. Les deux observations suivantes offrent des exemples de croup trachéal non-membraneux dont l'issue n'a pas été plus favorable.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Croup trachéal et bronchique, non membraneux, compliqué de phlegmasie et de dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques. — Terminaison par la mort au bout du cinquième jour.

Désiré N....., âgé de deux ans et demi, toussait depuis un mois, et avait la respiration habituellement gênée. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, la toux était devenue rauque, la respiration extrêmement laborieuse ; la voix s'était affaiblie par degrés. L'enfant avait de l'insomnie et une fièvre continuelle.

Le 4 juin, toux fréquente et rauque, aphonie, dyspnée, agitation vive, douleur à la gorge augmentant par la pression, pouls très-accéléré. (Infusion de mauve édulcorée avec le sirop de gomme, quatre sangsues au cou, pédiluve sinapisé.)

Le 5 et le 6, même état, sans aucune amélioration ; fièvre continuelle. (Pédiluves sinapisés ; sirop d'ipécacuanha, deux onces, et poudre d'ipécacuanha, un scrupule). Vomissemens de matières glaireuses, qui ne produisirent pas de soulagement notable.

Le 7, anxiété et agitation, gêne excessive de la respiration, toux rauque par intervalles, affaiblissement, refroidissement des extrémités, pâleur générale, quelques mouvemens convulsifs.

La mort arriva la nuit suivante.

Autopsie cadavérique. — *Crâne.* Rien de particulier ; *vaisseaux sanguins* très-injectés sur la surface des hémisphères cérébraux. — *Pharynx.* Sa membrane muqueuse pâle, recouverte de mucosités puriformes. — *Larynx* dans l'état naturel. — *Trachée-artère* et *bronches* contenant beaucoup de mucosités puriformes ; leur membrane interne rouge, injectée et épaissie. — *Poumons* sains et crépitans. — Plusieurs *ganglions bronchiques* étaient rouges et volumineux ; d'autres convertis en matière tuberculeuse et dans un état de suppuration. — Tous les *organes abdominaux* dans l'état ordinaire.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Croup trachéal et bronchique, non membraneux, compliqué de pleurésie et de phthisie pulmonaire tuberculeuse. — Terminaison par la mort au bout de cinq jours.

Louis Mattier, âgé de quatre ans, malade depuis cinq mois, avait éprouvé successivement et à diverses reprises de la toux, des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'inappétence; il avait maigri pendant quelque temps, et, à l'époque de son entrée à l'hôpital, il était dans un état d'anasarque et de faiblesse générale.

Le 14 février, la toux devint sèche, assez pénible; la respiration gênée, le pouls fébrile, accéléré; l'enflure persistait. L'enfant se couchait ordinairement sur le côté droit; il avait de la diarrhée.

Le 15, toux extrêmement rauque, avec douleur à la gorge et son croupal; respiration laborieuse, pouls roide et fort. (Boissons adoucissantes, diète, un vésicatoire à une cuisse.)

Le 16, éruption de taches rouges sur la face, même raucite de la toux, aphonie, dyspnée, décubitus à gauche, langue blanche et humide, diarrhée, affaiblissement, pouls accéléré. (Un vésicatoire à l'autre cuisse.)

Le 17, même état, disparition des plaques rouges de la face, œdème de la joue gauche, pouls fébrile. (Sinapismes aux pieds.)

Le 18, toux rauque par intervalles, aphonie, dyspnée, l'œdème avait gagné les paupièpières, faiblesse extrême, agitation.

La mort arriva la nuit suivante.

Autopsie cadavérique. — État d'infiltration générale. — La *tête* ne fut pas ouverte. — *Conduit aérien* et *organes thoraciques.* Le *pharynx* et le *larynx* dans l'état naturel. La *trachée* et les *bronches* extrêmement rouges à leur surface interne, et contenant beaucoup de mucosités puriformes. Leur *membrane muqueuse* épaissie et rugueuse. Les *poumons* étaient libres; le *droit* sain et crépitant; le *gauche* contenait un grand nombre de tubercules petits et isolés. Son *lobe inférieur* était complètement endurci et d'une pesanteur spécifique plus considérable que celle de l'eau. A sa base, la *plèvre* était enflammée et couverte de fausses membranes. Les *ganglions bronchiques* étaient rouges et volumineux. —*Abdomen.* L'*estomac*, sain, contenait un ver lombric; l'*intestin grêle* en renfermait aussi quelques-uns. Le *gros intestin* présentait çà et là quelques plaques roses en différens points de sa surface muqueuse. Le *fôie* était

pâle, sa *vésicule* infiltrée; la *rate* noire, un peu plus volumineuse que dans l'état ordinaire. Le *péritoine* contenait une assez grande quantité de sérosité.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Croup laryngé compliqué d'une gastrite couenneuse. — Terminaison par la mort au troisième jour.

Pierre Prodom, âgé de treize ans, avait éprouvé, dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, tous les symptômes d'une entérite, qui avait été combattue avec succès, lorsqu'à la suite d'un refroidissement subit, il fut pris le 16 mai d'une toux sèche et fréquente, avec douleur à la gorge, gêne de la voix et de la respiration, pouls fébrile et chaleur brûlante à la peau. On appliqua trois sangsues de chaque côté du cou, et l'on prescrivit des boissons adoucissantes.

Le 17, augmentation de tous les phénomènes précédens: la toux, extrêmement sèche, était devenue rauque, et s'accompagnait du son croupal; la voix était presque éteinte, la gorge très-douloureuse, la déglutition libre, la respiration difficile, le pouls accéléré, la langue humide et rose sur ses bords. (Infusion de

mauve, émulsion de huit onces, décoction d'un gros d'ipécacuanha dans quatre onces d'eau; un vésicatoire à une jambe.) Le malade eut quelques vomissemens, qui ne produisirent pas de soulagement marqué.

Le 18, dyspnée excessive, aphonie complète, douleur à la gorge, déglutition difficile, fièvre ardente, délire par intervalles, toux sibilante et pénible, anxiété et agitation continuelle, face animée, sueurs froides dans le reste du corps, sensibilité de la région épigastrique, refroidissement graduel.

Mort dans la journée, à la suite de quelques mouvemens convulsifs. (On avait prescrit, dans la matinée, une décoction d'orge avec l'oxymel simple, une émulsion de six onces, une décoction d'un gros d'ipécacuanha dans quatre onces d'eau, avec addition d'une demi-once d'oxymel scillitique, en quatre prises; des fumigations d'éther, un large vésicatoire sur la poitrine, des sinapismes aux deux jambes.)

Ouverture du corps. — Tous les vaisseaux de la surface du *cerveau* très-injectés; l'*arachnoïde extérieure* contenait une sérosité abondante; il y en avait très-peu dans les *ventricules.* — *Organes respiratoires.* La *membrane muqueuse des fosses nasales* rouge et enflammée; celle du

pharynx pâle et dans l'état ordinaire. *Larynx* enflammé à sa surface interne, et contenant des fausses membranes blanches, opaques et molles, qui ne formaient pas un canal continu. La *trachée* et les *bronches* offraient une teinte rose. Les *poumons* étaient libres et crépitans; le *droit* un peu engoué seulement dans sa partie inférieure. — *Organes digestifs.* L'*œsophage* sain dans ses trois-quarts supérieurs; le quart inférieur enflammé, surtout vers l'orifice *cardia*, où se trouvait une fausse membrane mince, étendue en haut dans l'œsophage, et en bas dans la partie voisine de l'estomac. La *membrane muqueuse gastrique* présentait une teinte rose, uniforme. Les *intestins* étaient sains; ils contenaient des gaz et beaucoup de mucosités bilieuses.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Croup général précédé d'une rougeole, et compliqué d'une pneumonie, d'une gastrite et d'une colite couenneuses. —*Terminaison par la mort au troisième jour.*

Guillaume Launay, âgé de cinq ans, éprouva, sans cause connue, de la fièvre et de la toux. Deux jours après, éruption de rougeole sur la face, la poitrine et les bras; augmentation de la toux, fièvre intense, peu de sommeil, léger délire. (Boissons adoucissantes, diète.)

Le malade entra le lendemain, 10 mai, à l'hôpital. L'éruption avait fait des progrès, la fièvre était continue, la peau chaude, la toux sèche, un peu de somnolence. (Infusion de mauve édulcorée avec le sirop de gomme; un bain de vapeurs dans le lit.) Vive agitation, persistance de la fièvre. La nuit suivante, toux sèche et fréquente, gêne de la respiration.

Le 11, assoupissement, perte de connaissance, fièvre et soif ardente, irritation des fosses nasales et des yeux, langue jaune et humide, douleur à la gorge, déglutition facile, toux sèche et rauque, respiration très-laborieuse, aphonie, dévoiement, affaiblissement, agitation. L'éruption avait en partie disparu. (Boisson adoucissante, sinapismes aux pieds, un vesicatoire à la nuque.)

L'enfant mourut le lendemain 12, dans la matinée.

Autopsie cadavérique. — La tête ne fut pas ouverte. — Le *larynx* et la *trachée* étaient vivement enflammés, et recouverts en quelques endroits de fausses membranes; le *pharynx* également rouge; les *bronches* très-injectées, surtout à gauche, où l'on voyait aussi des traces de fausse membrane. — Le *poumon gauche*, qui, par une disposition particulière, offrait

trois lobes, était hépatisé complètement dans sa partie moyenne et inférieure; le *droit* était sain. — *Organes abdominaux.* L'*estomac* présentait à l'intérieur des traces d'inflammation évidente. On y remarquait, près de l'*œsophage*, des lignes d'un rouge vif, recouvertes de fausses membranes grisâtres; l'*intestin grêle* était sain; le *colon*, d'un rouge vif à sa *surface muqueuse*, était boursoufflé, et présentait en divers endroits de cette surface des lambeaux membraniformes. Tous les autres organes dans l'état naturel.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Croup laryngo-trachéal avec bronchite, pneumonie et pleurésie couenneuse. — Terminaison par la mort au troisième jour.

Joseph Liauté, âgé de cinq ans, était en traitement depuis plusieurs mois pour une ophthalmie dont il était affecté.

Le 27 janvier, il éprouva subitement une toux sèche, qui devint croupale dans l'espace de quelques heures; douleur à la gorge, déglutition facile, soif, langue blanchâtre, dyspnée, pouls fébrile, chaleur à la peau, vive coloration de la face. (Hydromel, julep huileux, pédiluve sinapisé.)

Le 28, augmentation notable de tous les symptômes, toux rauque et croupale très-pénible, respiration difficile et sifflante, douleur à la gorge, et difficulté d'avaler; voix enrouée, oppression, anxiétés, insomnie, anasarque générale, pouls accéléré. (Quatre sangsues au cou, un grain d'émétique dans six onces d'eau, un vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds.) Il n'y eut que peu de vomissemens.

Dans la soirée, redoublement de la fièvre, toux rare et pénible, accompagnée du son croupal; respiration laborieuse, assoupissement.

Le 29 au matin, perte totale de la voix et de la connaissance, décubitus constant à droite, respiration fortement embarrassée, langue humide et jaunâtre, odeur fétide de l'haleine, paupières fermées, pupilles fixes et immobiles, pouls presque imperceptible.

La mort eut lieu quelques instans après.

Autopsie cadavérique. — État d'infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané. — *Cavité crânienne.* Le *cerveau* injecté dans toute sa substance; environ une once de sérosité limpide dans les fosses occipitales inférieures. — *Conduit aérien.* La *membrane muqueuse* du *larynx* et de la *trachée* très-rouge, enflammée, et recouverte dans quelques endroits d'une

fausse membrane, mince, peu étendue. Les *bronches* étaient également enflammées. — *Thorax. Côté droit.* La *plèvre* rouge, injectée, contenant une assez grande quantité de sérosité trouble; sa surface recouverte, surtout entre les scissures des lobes pulmonaires, de fausses membranes gélatineuses, non organisées. Le *poumon* du même côté était rouge, pesant, et endurci à sa partie supérieure; incisé en divers endroits, le lobe superieur paraissait compacte, nullement crépitant; jeté dans l'eau, il gagnait le fond du liquide. Les lobes moyen et inférieur également rouges et fortement injectés de sang, mais crépitans et surnageant à l'eau. — *Côté gauche.* Le *poumon*, infiltré de mucosités, mais parfaitement crépitant, adhérait à la plèvre, en quelques endroits seulement, par des flocons albumineux isolés. Du reste, la *plèvre* de ce côté était saine et sans altération apparente. — Le *péricarde* contenait de la sérosité et quelques flocons albumineux; le *cœur* était sain. L'*estomac* offrait quelques points rougeâtres; l'*intestin grêle*, rouge aussi dans quelques points de sa surface muqueuse, contenait plusieurs vers lombrics.

Remarques sur les trois dernières observations. On voit dans ces observations des exemples d'inflammations couenneuses de l'estomac, du colon et de la plèvre, formant complication avec l'angine croupale, et l'on ne peut méconnaître une certaine analogie de nature entre ces diverses affections, quoique leur siége et leurs symptômes diffèrent essentiellement. Le traitement, dans ces maladies, fut à peu près le même que dans beaucoup d'autres dont l'histoire a été faite précédemment. Peut-être fut-il trop peu actif dans le principe ; mais, pour expliquer son peu de succès et la promptitude de la terminaison mortelle, on doit tenir compte aussi de la gravité extrême du croup dans les trois cas précités, et des complications dangereuses qui accompagnaient cette angine. Il est donc probable qu'un traitement beaucoup plus énergique eût été également infructueux dans ces circonstances.

CONCLUSION ET RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

De tout ce qui a été précédemment exposé relativement au croup, ainsi que des observations pratiques recueillies sur cette maladie, je crois pouvoir déduire les corollaires suivans :

I. Le croup est une affection primitive. Son existence est indépendante de celle de l'angine gutturale, de la laryngo-trachéite ordinaire, et du catarrhe bronchique, maladies avec lesquelles le croup a le plus d'affinités, et qu'on peut regarder toutes, aussi-bien que l'angine croupale elle-même, comme autant de variétés distinctes d'une seule et même phlegmasie, celle de la membrane muqueuse des voies respiratoires.

II. L'angine croupale est caractérisée par la sécrétion mucoso-albumineuse, concrescible, qui lui est propre, et qui donne lieu à la formation des fausses membranes dans le conduit aérien. Ces fausses membranes sont analogues, par leur nature, à celles qui se développent dans certaines espèces de pleurésie, de péritonite, d'entérite, et dans l'angine gutturale couenneuse.

III. L'existence de la sécrétion couenneuse, dans le croup, est la seule différence qui le sépare de la laryngo-trachéite ordinaire. Le croup néanmoins peut exister sans qu'il y ait de fausse membrane dans le conduit aérien, comme j'en rapporte des observations. Mais il y a toujours alors une sécrétion puriforme à la surface de

ce conduit, laquelle tient lieu de fausse membrane, et produit des phénomènes semblables. Il en est de même pour le croup variolique, dont il sera question plus tard. Dans tous les cas, le danger du croup non membraneux est le même que celui du croup ordinaire, ou membraneux. Ce n'est point par conséquent un faux croup. Le traitement doit aussi être absolument semblable.

IV. L'angine gutturale couenneuse présente une analogie parfaite avec l'angine croupale, quant à sa nature. Elle n'en diffère que par son siége et par les symptômes dus à cette différence de siége.

L'irritation du conduit aérien par la présence d'un corps étranger, et l'angine œdémateuse, ou œdème de la glotte, ont des symptômes et un siége entièrement semblables à ceux du croup; mais ces maladies en diffèrent essentiellement par leur nature.

V. Tous les symptômes du croup sont évidemment inflammatoires. Ils présentent trois périodes ou degrés, lesquels sont quelquefois confondus, et ne peuvent alors se distinguer.

VI. Les signes principaux du croup sont: l'altération de la voix, laquelle est tantôt en-

rouée, tantôt très-aiguë, tantôt plus ou moins complètement éteinte; la toux sèche et d'abord rauque, puis sonore, ou accompagnée du bruit particulier qu'on appelle *son croupal;* la respiration difficile, sifflante, accompagnée d'oppression; la douleur dans la région antérieure du cou; enfin la fièvre, qui existe constamment. La réunion de tous ces signes ou de la plupart d'entre eux constitue le diagnostic.

VII. Il est très-important d'acquérir promptement la certitude de l'existence du croup; car, pour guérir cette maladie, il est presque indispensable que le médecin la traite dès le début.

VIII. Le croup peut être simple ou compliqué d'angine gutturale ordinaire, ou d'angine couenneuse, de bronchite, de pneumonie, de pleurésie, de gastrite, d'entérite, de rougeole, de variole, etc.; il présente, en outre, un grand nombre d'espèces et de variétés qu'il est important de connaître. Mais, quel que soit le nombre de ces variétés, l'angine croupale est toujours une, et réclame toujours un traitement spécial.

IX. Le prognostic est constamment grave, et il l'est d'autant plus que les enfans sont plus

jeunes, et que la maladie est parvenue à un plus haut degré.

X. Le traitement doit, en général, être des plus actifs. Les indications sur lesquelles il faut le baser varient suivant les périodes de l'angine croupale, la nature des symptômes dominans et les forces du malade. Je vais rappeler succinctement celles qui me paraissent devoir être admises, et exposer la méthode curative qui me semble la plus convenable, celle que j'emploie en conséquence dans le croup.

Persuadé, d'après la lecture attentive des auteurs qui ont écrit sur cette maladie, et d'après mes propres observations, que c'est surtout dans son traitement qu'un médecin prudent doit éviter tout système exclusif, et que l'art consiste uniquement à employer à propos les seuls moyens dont l'expérience a constaté l'utilité, je n'admets qu'un petit nombre d'indications et de remèdes simples, mais actifs, destinés à les remplir.

Dans la première période du croup, l'indication évidente est de s'opposer aux progrès de l'inflammation, et c'est, à mon avis, le seul but qu'il faut se proposer. Je me suppose donc être appelé, dès l'invasion, auprès d'un malade sanguin, de l'âge de six à dix ans, présen-

tant beaucoup de fièvre et tous les signes de l'angine croupale. Je débuterais par une saignée générale d'une ou de deux palettes, et je ferais mettre l'enfant dans un bain tiède pendant une heure au moins. Si, au bout de trois ou quatre heures, le pouls conservait de la force, et si les symptômes n'avaient éprouvé aucune diminution sensible, je ferais appliquer huit ou dix sangsues au cou, et, immédiatement après, des cataplasmes émolliens sur cette région; je prescrirais des boissons adoucissantes, des lavemens; je ferais réitérer les bains tièdes. A ma troisième visite, faite à peu de distance de la seconde, j'administrerais l'émétique, à dose fractionnée (1), lors même que les symptômes inflammatoires, persistant avec violence, m'obligeraient à recourir de nouveau aux sangsues ou à la saignée générale. Enfin, dans tous les cas, pour prévenir la formation de la fausse membrane, par une

(1) La manière d'administrer l'émétique dans le croup n'est pas une chose indifférente. On doit avoir pour but de produire des secousses et des évacuations abondantes, sans trop irriter néanmoins les organes digestifs. La potion vomitive du docteur Moulin (voy. p. 60) est celle que j'emploie, et qui me semble mériter la préférence, en raison de ses effets constans et de la facilité qu'elle offre d'exciter le vomissement autant de fois qu'il est nécessaire.

diversion utile, j'emploierais les dérivatifs. Je ferais appliquer un vésicatoire à la nuque, et un ou deux autres au bras. Je continuerais l'emploi des boissons adoucissantes, des lavemens, des bains tièdes. Je ferais inspirer des vapeurs émollientes; je prescrirais les sinapismes aux pieds ou les pédiluves sinapisés. Une diète rigoureuse serait observée.

Pour un malade moins âgé, n'ayant que trois ou quatre ans, par exemple, j'adopterais un traitement analogue, mais proportionné à ses forces. Ainsi je me bornerais à une saignée locale (à cinq ou six sangsues appliquées au cou), que je pourrais réitérer, s'il en était besoin; à un bain tiède, à quelques cuillerées d'une potion émétisée, à un ou deux vésicatoires, etc.

Dans le cas où le malade, au lieu d'être sanguin, ou bien nerveux et maigre, serait gras, replet, muqueux, lymphatique, je débuterais par le vomitif, surtout si la fièvre était peu intense, et ce n'est qu'ensuite que je prescrirais les sangsues, les cataplasmes, les pédiluves, etc. J'emploierais surtout, dans ce premier moment, les vésicatoires en nombre suffisant.

Les indications dans la deuxième période

consistent, d'une part, à modérer les symptômes inflammatoires, et, de l'autre, à procurer l'expulsion des mucosités ou de la fausse membrane. Je suppose donc que je ne sois appelé qu'au commencement de la seconde période, ou que la maladie, ayant été convenablement traitée dès l'invasion, ait néanmoins continué ses progrès, soit par la négligence des personnes chargées de veiller le malade, soit par l'effet d'une complication inopinée, je mettrais encore en usage les antiphlogistiques, pour remplir la première indication, celle de modérer la phlegmasie. Mais si la fausse membrane était déjà formée dans le conduit respiratoire, ce que je soupçonnerais à l'enrouement ou à l'extinction de la voix, à la persistance du son croupal et à l'augmentation de la dyspnée, j'administrerais de suite l'émétique, de manière à produire des vomissemens abondans, je prescrirais des expectorans, tels que le kermès ou le soufre doré d'antimoine, des lavemens purgatifs, des pédiluves sinapisés, des sinapismes aux pieds, de nouveaux vésicatoires aux cuisses et aux jambes ou sur la poitrine. Je pourrais ensuite, selon l'état des forces, revenir aux sangsues ou à la saignée générale. Ces divers moyens, et surtout les vésicatoires

en nombre suffisant, me paraissent les plus capables de s'opposer au développement des fausses membranes croupales.

Les antispasmodiques sont utiles lorsqu'il existe des symptômes nerveux. Les meilleurs remèdes de cette classe sont : les bains tièdes souvent réitérés, les légers calmans, tels que l'infusion de coquelicots, les lavemens avec la décoction de valériane et l'assa-fœtida. Je ne conseillerais jamais, dans le croup, les opiacés. ni l'acide hydrocyanique, ni l'inspiration de l'éther ou de l'ammoniaque, regardant les premiers comme trop stupéfians, et les derniers comme trop irritans.

Quant aux médicamens proposés pour dissoudre la fausse membrane, les seuls que je crois pouvoir mériter quelque confiance, d'après les succès bien constatés que plusieurs médecins en ont obtenus, sont : les préparations mercurielles à l'intérieur et à l'extérieur, le calomel principalement, à dose suffisante et fréquemment répétée. Les mercuriaux me semblent devoir plutôt convenir aux enfans lymphatiques et gras qu'aux sujets maigres et nerveux.

Il faut bannir entièrement du traitement anticroupal le polygala, le sulfure de potasse.

l'ammoniaque, le musc, le camphre, le quinquina, les acides, et le chlore surtout, comme autant de moyens inefficaces ou dangereux.

Dans la troisième période, il est indiqué de prévenir ou de retarder la suffocation et l'adynamie. Quoique la trachéotomie ne compte pas un seul succès en sa faveur, je la conseillerais cependant dans les cas désespérés, après que tous les autres remèdes auraient été infructueux, et sans attendre que les forces fussent entièrement épuisées. L'introduction d'une sonde dans le conduit aérien, pour faciliter le passage de l'air dans les poumons, l'emploi de moyens mécaniques destinés à extraire la fausse membrane du larynx, sont d'une exécution difficile, et l'on ne peut guère en attendre de réussite. Il est encore préférable de s'en tenir aux vomitifs, aux rubéfians, aux vésicatoires, aux lavemens purgatifs.

Si les phénomènes adynamiques se déclaraient, on pourrait employer les pédiluves chauds, les frictions excitantes, les sinapismes aux extrémités inférieures; on s'attacherait à rappeler et à maintenir la chaleur à la peau dans les points les plus éloignés du centre de la circulation.

Pendant la convalescence, le traitement doit être simple, et principalement hygiénique. Il en est de même du traitement préservatif.

DEUXIÈME PARTIE.

DE LA COQUELUCHE,

OU TOUX CONVULSIVE.

CHAPITRE PREMIER.

DESCRIPTION DE LA COQUELUCHE.

ART. I. *Généralités.*

Définition. On peut définir la coqueluche une toux convulsive survenant par accès qu'on appelle *quintes*, et caractérisée par un bruit aigu, particulier, sorte de sifflement qui résulte d'une longue inspiration sonore précédée de plusieurs expirations courtes et successives.

Synonymie. Cette maladie est diversement dénommée dans les auteurs. On la trouve désignée sous les noms suivans : *pertussis*, Sydenham et Huxham; *tussis ferina*, Sauvages; *tussis clangosa*, Bourdelin; *toux pneumo-gastro-pituiteuse*, Tourtelle; *toux convulsive*, Stoll et Hoffmann; *coqueluche*, Rosen, Millot, Pinel

et la plupart des modernes; *asthme tussiculeux*, *bronchite épidémique*, etc.

Les auteurs que je viens de citer, et Willis, Millar, Cullen, Underwood, MM. Macartan, Marcus, Ozanan, Gardien et Guersent, se sont principalement occupés de l'histoire de la coqueluche. On peut consulter ce qu'ils ont écrit sur cette affection.

Étymologie. Le mot *coqueluche* est tiré du latin *cucullus*, parce qu'on avait anciennement l'habitude de couvrir d'une espèce de capuchon la tête des enfans atteints de cette maladie, dans l'idée où l'on était alors que la toux convulsive était produite par une humeur venant du cerveau, et descendant de là pour se porter sur la poitrine.

Siége et *nature.* Le siége et la nature de la coqueluche ont long-temps été un sujet de controverse parmi les pathologistes, et les médecins modernes sont encore loin de s'accorder entre eux sur ce point. Examinons un instant les opinions de quelques-uns des auteurs qui ont traité de cette affection.

Rosen (1) regarde la coqueluche comme une

(1) Maladies des enfans, traduction de Lefèvre de Villebrune. Paris, 1778.

maladie épidémique et contagieuse à la fois, « due à une matiere etrangère ou à un principe nuisible qui se répand et se propage « comme celui de la variole, parmi les individus qui n'en ont pas encore éprouvé l'impression. » Il ne sait s'il doit rapporter cette cause à des *insectes;* mais il assure que « ce « principe morbifique s'insinue en partie dans « la poitrine par la respiration, et en partie « dans l'estomac par la déglutition de la salive. »

M. Pinel (1) dit « que l'irritation des poumons ne semble que secondaire ou sympathique, et que le principe primitif en paraît « être dans l'estomac. De là l'utilité des évacuans, puis celle des antispasmodiques et « des toniques, pour faire cesser l'extrême sensibilité des organes de la digestion. »

Selon Miliot (2), « la coqueluche est toujours accompagnée du spasme de la glotte et « du diaphragme, qui constitue l'essence de « la maladie. C'est la sensation douloureuse « que fait naître ce spasme sur la membrane « muqueuse de la trachée-artère et des bronches qui fait naître les accès de toux..... La

(1) Nosographie philosophique, 5e édit.

(2) Médecine perfective, ou Code des bonnes mères, 2e édit.

« coqueluche attaque en même temps la poi-
« trine et l'estomac : l'un et l'autre de ces vis-
« cères sont affectés d'une irritation spasmo-
« dique, et c'est une convulsion particulière
« des poumons et du diaphragme qui constitue
« la toux ; l'irritation de l'estomac n'est que
« sympathique ; car le poumon et la gorge sont
« plus affectés que l'estomac. »

Stoll (1) dit « n'avoir jamais observé de toux
« convulsive qui fût une maladie d'un genre
« particulier, une *maladie spécifique ;* car elle
« présentait toujours des caractères évidens de
« la fièvre épidémique, en sorte qu'elle parais-
« sait tenir à la même cause et n'être qu'une
« modification de la maladie régnante..... » Il
pense que « c'est la saburre de l'estomac qui
« agite le poumon par une toux convulsive, et
« regarde en conséquence la coqueluche comme
« une des espèces de la toux stomacale. »

Parmi les auteurs qui ont écrit plus récemment sur la coqueluche, les uns la considèrent comme une affection purement nerveuse et sans siége distinct, les autres comme une modification du catarrhe pulmonaire, et constam-

---

(1) Médecine pratique, traduction de Mahon, 2e vol.

ment liée, lorsqu'elle se manifeste, à la phlegmasie des bronches (1).

Après avoir rappelé ces diverses opinions sur le siége et la nature de la coqueluche, je crois devoir énoncer ici succinctement la mienne, me réservant de la développer avec plus de détail dans la suite de cet ouvrage. Je regarde, ainsi que plusieurs des auteurs que j'ai cités, la toux convulsive comme une maladie nerveuse, et due évidemment à un spasme du diaphragme et de la glotte. Mais je pense que ce spasme est rarement simple et idiopathique, et qu'il coïncide presque toujours avec une autre affection des organes respiratoires, telle que la bronchite ou la pneumonie, la pleurésie, et quelquefois même avec la phthisie pulmonaire. En un mot, la coqueluche est, à mon avis, une toux essentiellement nerveuse ou spasmodique, pouvant exister seule et sans cause appréciable; mais s'accompagnant plus souvent d'une maladie qui siége, pour l'ordinaire, dans les organes respiratoires, et qui modifie nécessairement la marche, la durée et

---

(1) Voy. l'article *Coqueluche*, par M. Gardien, dans le Dictionnaire des sciences médicales; et celui que M. Guersent a publié sur la même maladie dans le Dictionnaire de médecine.

le traitement de la toux convulsive, au point qu'elle semblerait en être la seule cause productrice. Il résulte de là que toutes les maladies *essentielles*, qui produisent la toux comme un de leurs symptômes principaux, peuvent aussi coïncider avec la coqueluche, qui ne paraît être alors qu'une modification particulière de la toux ordinaire. Je fonde, comme nous le verrons plus loin, cette opinion, 1° sur la diversité et même le contraste des théories émises par les auteurs au sujet de la coqueluche, en partant de l'idée qu'elle siége uniquement dans tel ou tel organe; 2° sur ce qu'elle est presque toujours compliquée d'une autre maladie; 3° sur l'incertitude qui règne dans son traitement et les résultats souvent semblables de méthodes curatives entièrement opposées; 4° enfin sur l'observation clinique et l'ouverture des corps des individus qui sont morts à la suite de cette affection.

Mode de manifestation. La coqueluche est souvent épidémique; mais elle est aussi sporadique; et, semblable à beaucoup d'autres affections nerveuses, cette espèce de toux peut, dans certains cas, être imitative. Plusieurs auteurs prétendent qu'elle est contagieuse, et c'est encore l'opinion de quelques medecins. Rosen,

Underwood et Cullen sont de ce sentiment, et assurent qu'elle n'attaque jamais deux fois le même individu. Stoll, au contraire, regarde ces deux assertions comme contredites par l'observation ; et la plupart des modernes sont du même avis.

M. Guersent cependant avance (Dictionnaire de médecine, 6[e] vol.) que la coqueluche est contagieuse en certaines circonstances, et il rapporte une observation à l'appui de son opinion (1). Mais ce fait, qui serait le seul de ce genre, ne paraît pas assez concluant pour faire admettre la contagion de la toux convulsive.

La coqueluche est endémique dans les contrées septentrionales et occidentales de l'Europe, telles que la Suède, le Danemarck, la Hollande et l'Écosse. Selon Rosen, d'après les registres publics de la Suède, il est mort dans ce pays, depuis 1749 jusqu'en 1764 inclusivement, quarante-trois mille trois cent quatre-

(1) Voici cette observation, telle que la rapporte M. Guersent : « Un enfant, en voyage, ayant joué dans une auberge avec un autre enfant qui était atteint de la coqueluche, fut pris de la maladie quelques jours après son retour dans son pays, et la communiqua bientôt à sa mère, quoiqu'elle l'eût eue dans sa jeunesse ; et l'un et l'autre vivaient néanmoins isolés, et ne communiquaient avec aucun enfant. La coqueluche ne régnait point dans le pays qu'ils habitaient. »

vingt-treize enfans de cette maladie, ce qui fait deux mille sept cent douze par an; et, comme la coqueluche n'est pas frequemment mortelle, on peut en conclure que la toux convulsive a dû atteindre, dans le même espace de temps, un nombre beaucoup plus considérable d'individus qui en ont guéri.

Origine et fréquence. — Prédispositions. La plupart des auteurs assurent que la coqueluche était une maladie inconnue de nos ancêtres. Ils pensent qu'elle est originaire de l'Afrique ou des Indes orientales, et qu'elle n'a paru pour la première fois en France que vers le commencement du quinzième siècle. On ne voit, en effet, aucune mention de cette maladie ni chez les Grecs, ni chez les Romains. Cependant il est certain que les Grecs ont observé des toux épidémiques et convulsives. Hippocrate (Épidémies, liv. 7) décrit une espèce de toux singulière survenant par *accès*, et dont la marche présente une grande analogie avec celle de la coqueluche. Il est, en outre, très-probable que la coqueluche, ainsi que le croup, a existé de tout temps, mais qu'elle etait moins fréquente dans le climat de la Grèce et de l'Italie, et qu'elle a été long-temps confondue avec les autres affections catarrhales, dans des siè-

cles où la médecine était restée, comme toutes les sciences, dans un état complètement stationnaire.

Il est reconnu que cette maladie est plus fréquente dans les saisons froides et humides, dans les pays marécageux, et, en général, dans toutes les contrées exposées aux vicissitudes atmosphériques. Le développement de la coqueluche semble donc reconnaître les mêmes prédispositions que celui des catarrhes et des angines de toute espèce.

Le tempérament nerveux est le plus sujet à la toux convulsive. L'âge aussi exerce une influence puissante sur la production de cette maladie. On sait que les enfans en sont presque exclusivement affectés. La coqueluche paraît être pour eux ce que l'asthme est pour les vieillards, et l'on trouve, en effet, entre ces deux maladies une analogie frappante, que nous nous contentons de signaler pour le moment, nous proposant d'en faire ressortir plus loin les principaux caractères.

Selon M. Guersent, et en tout cela mon opinion est conforme à la sienne, on rencontre particulièrement la coqueluche « chez les en- « fans depuis la naissance jusqu'après la se- « conde dentition ; on l'observe quelquefois

« chez les adultes, et très-peu chez les vieil-
« lards. Il est rare qu'on l'ait plusieurs fois
« dans sa vie ; cependant M. Guersent en a vu
« plusieurs exemples. Parmi les adultes, on la
« voit plus fréquemment chez les femmes que
« chez les hommes. Elle affecte plus particu-
« lièrement, parmi les hommes, ceux qui sont
« irritables et nerveux, et qui, par leur tempé-
« rament, se rapprochent beaucoup de la cons-
« titution des femmes. »

On peut regarder comme causes principales de la préférence de la coqueluche pour le jeune âge : 1° la fréquence des catarrhes et autres affections de poitrine à cette époque de la vie ; 2° la grande susceptibilité du système nerveux, d'où résulte cette multitude si variée d'affections convulsives, etc.

L'influence des sexes est à peu près nulle sur la production de la coqueluche, et la maladie ne paraît ni plus fréquente, ni plus dangereuse chez les filles que chez les garçons.

ART. II. *Causes.*

Les causes de la coqueluche sont *prédisposantes* ou *déterminantes*.

Les causes prédisposantes sont : 1° *générales*. Telles sont : le séjour dans les pays froids et

humides, les vicissitudes atmosphériques, les saisons d'une température inconstante, l'automne, l'hiver et le commencement du printemps; l'habitation sur les bords de la mer ou dans des lieux exposés aux vents, etc. 2° *Individuelles.* Ce sont : l'enfance, par les raisons indiquées plus haut; le tempérament nerveux, l'abondance des secrétions muqueuses (constitution pituiteuse des auteurs).

Les causes déterminantes sont : le passage rapide du chaud au froid, la suppression brusque de la transpiration, un état saburral des voies digestives, la répercussion d'une affection cutanee, l'inhalation d'une vapeur âcre, d'une poussiere irritante, etc.

La coqueluche survient presque toujours à la suite d'un catarrhe pulmonaire. Souvent elle est précédée d'une rougeole, d'une variole, d'une ophthalmie, d'une pneumonie.

ART. III. *Symptômes.*

Les phénomènes précurseurs de la coqueluche sont ceux d'une maladie catarrhale ordinaire. Le plus souvent, tous les signes de la bronchite se manifestent, et durent pendant un certain temps; les yeux deviennent rouges et larmoyans; il y a des frissons, de l'abatte-

ment, etc. Ce n'est qu'au bout de six ou huit jours, et même de deux semaines, ou plus encore, que les symptômes caractéristiques se développent.

Voici en quoi consistent ces symptômes :

Chaque fois que la toux se manifeste, elle n'a lieu qu'avec des efforts extrêmes et une suite de plusieurs expirations courtes et répétées pour une seule inspiration. Cette dernière, qui se prolonge d'une manière remarquable, s'accompagne d'un son aigu et bruyant, de nature particulière. La toux se renouvelle ainsi plusieurs fois pendant deux ou trois minutes, et même davantage, et ordinairement elle est suivie d'une excrétion de mucosités, ou d'un liquide séreux qui provient, soit de l'estomac, soit des voies aériennes. D'autres fois la toux est sèche, ce qui est moins fréquent. Les mucosités, rendues par une expectoration involontaire ou par les vomissemens, sont plus ou moins épaisses, filantes et glaireuses.

La maladie se reproduit par accès, qu'on appelle *quintes*. Pendant la durée de la quinte, les veines de la tête se gonflent, les artères carotides et temporales battent fortement, la face est rouge, gonflée, *vultueuse*; les yeux sont proéminens, les larmes coulent, ainsi que

le mucus nasal; quelquefois il survient un saignement au nez. On peut aussi observer du hoquet, de l'éternuement, et, par la violence de la toux, une excrétion involontaire des urines et des matières stercorales. L'enfant est pris de suffocation par suite du resserrement spasmodique de la glotte; il éprouve une secousse générale qui le fait tomber, s'il est debout et s'il ne se trouve rien autour de lui pour le soutenir. La toux persévère un certain temps, et ne cesse le plus souvent que lorsque le malade vomit une abondante quantité de matières muqueuses.

Le retour des quintes est ordinairement irrégulier, et provoqué par la chaleur extérieure ou l'impression du froid, la surcharge de l'estomac après le repas, une odeur forte, la respiration de la poussière ou de la fumée, des affections morales, des cris, des efforts pour parler, pour appeler, etc.

Souvent aussi l'accès résulte d'une sorte d'imitation. En effet, dit M. Gardien (Dict. des sc. méd.), « on a observé que, quand plusieurs « enfans sont réunis dans le même lieu, et que « l'un d'eux commence à tousser, les autres « ne peuvent s'en empêcher. Un malaise s'em- « pare d'eux; ils sentent une irritation dans

« les voies aériennes, et ils font des efforts in-
« utiles pour empêcher la toux (1). »

Chaque accès s'annonce ordinairement par une titillation incommode dans le trajet de la trachée-artère et du larynx. (MM. Gardien, Guersent, etc.) Les enfans sont ainsi prévenus, en quelque sorte, du retour des accès, et s'accrochent aux personnes qui sont près d'eux ou aux corps qui les environnent. Quelquefois ils sont endormis, et se réveillent en sursaut pour se mettre sur leur séant. « Les enfans, dit
« M. Gardien, aiment qu'on leur soutienne la
« tête : quand on a cette précaution, la com-
« motion est moins violente. »

Le nombre des quintes varie suivant l'intensité de la coqueluche. Le malade peut n'avoir que sept ou huit quintes par jour, ou en avoir plusieurs dans l'espace d'une heure.

Lorsque la quinte est terminée, la respira-

---

(1) Peut-on méconnaître, dans ce cas, l'influence de la sensibilité nerveuse sur la production de la toux convulsive? Le même phénomène se fait quelquefois remarquer dans beaucoup d'affections spasmodiques. On sait que l'épilepsie peut se développer par imitation. Il en est de même de la chorée, ou danse de Saint-Guy. Ne peut-on pas expliquer de la même manière les transmissions de certaines maladies d'un individu à un autre, et ramener à une pareille cause la prétendue contagion de la coqueluche?

tion est quelquefois précipitée, anhélante, et l'enfant se ressent d'une fatigue générale, mais passagère. Le plus souvent, il est tellement rétabli après l'accès, qu'il retourne aussitôt à ses jeux ou à ses occupations, et ne pense plus à rien dans l'intervalle des quintes, jusqu'à ce qu'un nouvel accès se développe et reproduise la série des phénomènes qui viennent d'être exposés.

Ordinairement l'enfant est sans fièvre pendant la durée de la coqueluche. Seulement le pouls est irrégulier et extraordinairement agité durant la quinte; mais ensuite il reprend son état naturel, comme dans le catarrhe pulmonaire simple et léger. La fièvre a lieu dans les cas de complication de rougeole, de variole, de scarlatine, de pneumonie. Elle existe aussi, lorsque l'inflammation bronchique est intense.

ART. IV. *Marche et durée.*

Plusieurs pathologistes ont admis trois temps ou périodes dans la coqueluche, et ils assignent divers symptômes à chacune de ces périodes.

Premier degré, ou *premier temps*. On lui attribue les caractères suivans : toux catarrhale, comme dans le rhume ordinaire, avec gonfle-

ment et rougeur des yeux, une plus grande difficulté de respirer, et absence de la fièvre. Mais ces symptômes ont aussi lieu dans le simple rhume. La toux est sèche dans le premier moment, et dure ainsi de dix à quinze jours. Elle devient ensuite humide, et commence à faire entendre le son caractéristique de la coqueluche, dont l'apparition termine cette période.

Deuxième degré, ou *deuxième temps*. Il est caractérisé par l'augmentation de la toux, avec le son qui lui est propre; par la fréquence des accès, souvent par une douleur sternale, et enfin par le vomissement ou l'expectoration de matières muqueuses. Ce mucus provient en partie de l'estomac, irrité par les contractions spasmodiques du diaphragme, qui donnent lieu à la toux; et il est fourni également en partie par les bronches, la trachée, le larynx, l'arrière-bouche et les narines.

Les accès, devenant toujours plus forts, donnent naissance aux phénomènes d'une suffocation imminente. (Gonflement de la face et du cou, proéminence des yeux, etc.)

Troisième degré. On lui assigne pour caractères principaux l'intensité et la fréquence de

la toux, qui est portée au plus haut point; les hémorrhagies nasales ou pulmonaires, la fièvre, les convulsions, la sortie involontaire des urines et des matières fécales, la hernie inguinale ou l'exomphale, le tétanos, l'épilepsie....

Ces trois périodes, ou degrés, n'ont rien de constant dans leur succession, et dépendent souvent de l'existence de maladies différentes.

On peut en outre reconnaître dans la coqueluche, comme dans toutes les maladies, une période de *développement*, ou d'*irritation*, une d'*accroissement*, ou de *spasme*, et une de *décroissement*. Dans cette dernière, la toux devient de jour en jour moins forte, et tend à reprendre le caractère d'une toux catarrhale simple.

La maladie offre une marche à la fois continue et intermittente, puisqu'elle se compose essentiellement d'accès de toux convulsive, séparés par des intervalles de santé apparente. Mais est-elle, comme le soutiennent Rosen, Millot, et autres auteurs, qui en ont même fait un caractère pathognomonique et constant, sujette à des exacerbations de deux jours l'un, en sorte, disent-ils, qu'on observe un jour bon et un jour mauvais alternativement? C'est ce que la pratique ne m'a pas démontré; et Stoll,

comme je l'ai dit, assure aussi de son côté « qu'il n'est pas vrai que toute espèce de toux « convulsive soit plus violente de deux jours « l'un ».

La durée de la coqueluche est, en général, longue. Cette maladie se prolonge le plus souvent d'un à trois mois, et quelquefois plus longtemps encore. On a observé que, lorsqu'elle se développait en automne ou en hiver, elle durait fréquemment jusqu'au printemps ou à l'été suivant.

ART. V. *Phénomènes caractéristiques de la coqueluche. — Diagnostic de la maladie.*

Les phénomènes caractéristiques de la coqueluche sont les suivans :

1° *La périodicité de la toux* ou son apparition, sa disparition complète et son retour par accès ou quintes, dont la durée est plus ou moins longue, mais l'est toujours plus que celle d'une toux ordinaire.

2° *Le caractère convulsif de la toux*, dû aux mouvemens spasmodiques, involontaires et précipités du diaphragme. Les muscles abdominaux joignent aussi leur action à celle de ce dernier, et les secousses sont tellement fortes,

que toute l'économie semble y participer. La toux, dans cette affection, consiste, comme il a été dit, en plusieurs expirations successives pour une seule inspiration. Les expirations, considerées isolément, sont de peu de durée; l'inspiration, au contraire, qui leur succède se prolonge assez long-temps.

3° *Le son particulier* dont s'accompagne l'inspiration pendant la durée de l'accès. On a déjà vu précédemment que ce son était dû au resserrement spasmodique de la glotte, produit par les muscles constricteurs du larynx, dont la contraction convulsive coïncide avec les mouvemens du diaphragme, et persévère tant que dure la quinte. Le bruit de la coqueluche est tellement caractéristique, qu'il suffit de l'avoir entendu une fois pour reconnaître ensuite la maladie chaque fois qu'elle se présente chez des enfans.

4° *Le vomissement* ou *l'expectoration de matières muqueuses*, filantes, blanchâtres ou limpides, plus ou moins épaisses, à la suite de la quinte. L'expectoration a lieu difficilement chez les jeunes sujets. Quant au vomissement, il est entièrement sympathique, et résulte des secousses que le diaphragme, pendant la toux,

communique à l'estomac, dont les contractions sont ainsi provoquées. Il en est de même dans les toux violentes du catarrhe intense et de la phthisie pulmonaire, où l'on observe quelquefois le vomissement sans que l'estomac soit lésé pour cela. C'est donc à tort que plusieurs auteurs regardent la coqueluche comme une maladie qui réside autant dans l'estomac que dans les poumons. Les ouvertures cadavériques prouvent que l'estomac n'est jamais affecté dans la coqueluche, à moins qu'il n'existe une complication accidentelle de gastrite ou d'une autre maladie de ce viscère (1).

Les mucosités que le malade rejette par la bouche à la suite de la quinte de coqueluche, soit qu'elles viennent de l'estomac, soit qu'elles sortent des voies aériennes, de l'arrière-bouche et des fosses nasales, ne présentent point l'apparence de fausses membranes, comme dans

---

(1) « Les vomissemens, dit M. Guersent, sont très-fréquens « dans toutes les quintes de toux en général, et surtout dans celles « qui accompagnent la phthisie pulmonaire, quoique le siége de « cette maladie ne soit pas dans l'estomac. Le vomissement paraît « produit par l'irritation de la toux. Il se manifeste lorsque la ma- « ladie est à son plus haut période, et il continue ensuite par « l'effet de l'habitude, dès que la plus légère secousse de toux a « lieu, et même lorsque la maladie diminue. »

le croup et dans l'angine couenneuse du pharynx.

5° *La congestion sanguine de la tête*, à la suite de la quinte ou pendant sa durée. Elle dépend des obstacles à la circulation, qui sont la conséquence du trouble des fonctions respiratoires. De là la proéminence des yeux, la rougeur des conjonctives, celle des joues, des ailes du nez, l'écoulement des larmes et du mucus nasal.

6° Enfin *l'absence de la fièvre* et de tout phénomène morbide, lorsque la coqueluche est simple, exempte de complication.

La réunion de tous ces signes, ou du moins des quatre ou cinq premiers, qui sont toujours constans et pathognomoniques, constitue le vrai diagnostic de la coqueluche. La percussion de la poitrine et l'auscultation médiate ne fournissent guère que des signes négatifs; mais ces signes négatifs sont précieux, et servent à faire reconnaître si la coqueluche est compliquée d'une bronchite, comme cela est ordinaire, ou d'une phthisie pulmonaire, d'une pneumonie latente, etc. On conçoit que l'application du cylindre ne peut se faire avec fruit que dans l'intervalle des quintes; car, durant les secousses convulsives de la toux, le trouble général

est trop grand pour qu'on puisse employer aisément ce moyen explorateur.

ART. VI. *Lésions cadavériques observées à la suite de la coqueluche.*

Plusieurs maladies, différentes par leur siége ou leur nature, pouvant compliquer la coqueluche, il en résulte que les lésions cadavériques observées sur les sujets qui viennent à succomber aux suites ou aux complications de cette affection sont elles-mêmes assez nombreuses et variables. De là l'embarras des nosologistes, qui, regardant la coqueluche comme une maladie siégeant constamment dans un organe déterminé, et cherchant à indiquer son siége d'une manière précise, n'ont trouvé dans les ouvertures des corps que des altérations de nature différente. Examinons successivement ces altérations dans l'ordre de leur fréquence. Il sera facile de comprendre comment il est impossible de les trouver toutes réunies sur un même individu, et pourquoi l'on en rencontre tantôt une et tantôt une autre à l'ouverture des cadavres ; mais il n'est pas rare d'en observer plusieurs à la fois chez le même sujet.

PREMIÈRE CLASSE. Lésions des voies aériennes.

Ces lésions sont les suivantes :

1° *L'obstruction des bronches ou de leurs rameaux* par un amas de mucosités plus ou moins épaisses. Ces mucosités paraissent être, par leur présence, une des principales causes de la durée de la toux convulsive. Je les ai presque toujours rencontrées en quantité notable chez les individus morts à la suite de la coqueluche. C'est, en partie, sur la sécrétion trop abondante de ces mucosités que je crois pouvoir fonder la théorie de la toux convulsive, que j'exposerai plus bas.

2° *La rougeur plus ou moins vive* et plus ou moins étendue de la membrane muqueuse des bronches. Ce phénomène est un des plus fréquens : aussi la toux convulsive est-elle souvent compliquée de l'inflammation des bronches, ou catarrhe pulmonaire. Cependant cette phlegmasie peut ne pas exister en même temps que la coqueluche. Cette dernière en est donc indépendante, et c'est à tort que plusieurs médecins ont donné à l'affection qui nous occupe le nom de *bronchite convulsive*, de *bronchite épidémique*, puisque l'inflammation des bronches ne s'observe pas constamment.

3° *La rougeur de la membrane muqueuse* de la trachée ou du larynx, etc. C'est ce qui arrive lorsque le catarrhe des voies aériennes est plus étendu.

4° *L'hépatisation des poumons.* Quand on observe cette altération, elle indique l'existence d'une pneumonie antécédente. L'hépatisation peut n'affecter qu'un seul poumon, et qu'une seule partie du poumon, comme c'est l'ordinaire. Quelquefois l'hépatisation est imparfaite; ce n'est qu'un engouement du tissu pulmonaire. Dans ce cas, un morceau de ce parenchyme, coupé avec des ciseaux, ne se précipite pas entièrement, mais nage entre deux eaux, quand on le jette dans le liquide.

5° *La rougeur de la plèvre* et autres altérations de cette membrane, ses adhérences, etc.

6° *La rougeur et le gonflement des ganglions bronchiques.* Ce phénomène n'est pas rare à la suite de la coqueluche, et cependant les auteurs n'en font aucune mention. Il peut exister isolément, sans qu'il y ait d'autres lésions des organes respiratoires.

7° *L'état tuberculeux des ganglions bronchiques* ou *du tissu pulmonaire.* Les tubercules sont plus ou moins nombreux, durs et crus, ou ramollis

et suppurés, miliaires, etc. Le poumon peut aussi renfermer des cavernes.

8° *La dilatation des bronches.* Cette dilatation n'existe ordinairement que d'un côté de la poitrine, et les tuyaux bronchiques peuvent n'être dilatés que dans un seul point de l'épaisseur du poumon. J'ai vu, dans plusieurs circonstances, les petites ramifications bronchiques présenter une capacité quatre fois plus considérable que celle qui leur est naturelle.

9° On peut encore observer à la suite de la coqueluche diverses altérations du poumon ou de ses annexes, autres que celles que je viens d'énumérer, comme l'infiltration aérienne ou séreuse du parenchyme pulmonaire, les abcès dits *vomiques*, l'épanchement séreux ou purulent dans la plèvre, etc.

DEUXIÈME CLASSE. Lésions des organes étrangers à la respiration.

Je suis porté à croire avec Stoll qu'un état saburral de l'estomac, en quelque sorte constitutionnel, dépendant d'un vice de la sécrétion biliaire, peut contribuer, dans quelques cas, à entretenir la toux de la coqueluche en déterminant sympathiquement une sécrétion plus abondante de mucosités bronchiques, dont

l'accumulation décide la toux. J'ai trouvé assez souvent, à l'ouverture des corps après la coqueluche, une grande quantité de matières bilieuses dans le conduit intestinal; mais il existait en même temps un amas de mucosités dans les bronches, et, pour l'ordinaire, d'autres altérations concomitantes des organes respiratoires.

M. Breschet a remarqué sur deux individus qui, avant leur mort, avaient eu la coqueluche, une rougeur notable des nerfs pneumo-gastriques, avec couleur jaune de leur tissu intime. Cette lésion n'est pas constante, et ne peut par conséquent être considérée comme la cause de la toux convulsive. Plusieurs médecins, ayant fait des recherches à ce sujet dans des circonstances analogues, n'ont rien vu de semblable, et M. Breschet n'a pu retrouver cette espèce d'altération sur d'autres individus qui avaient succombé à la même affection.

Enfin il n'est pas rare de rencontrer, après la coqueluche, une congestion sanguine du cerveau bien prononcée.

ART. VII. *Théorie de la coqueluche.*

J'ai déjà rapporté plus haut les opinions principales émises par les auteurs sur le siége

et sur la nature de la toux convulsive, ainsi que la manière dont ils ont cherché à expliquer le mécanisme de sa production. Je dois maintenant me borner à développer mon opinion à ce sujet.

Persuadé qu'on ne peut parvenir à connaître la nature d'une maladie qu'en analysant les phénomènes qu'elle présente, et en les examinant l'un après l'autre d'une manière isolée ; et considérant, de mon côté, la coqueluche comme une affection essentiellement nerveuse, tantôt simple et idiopathique, mais plus souvent sympathique et compliquée, je suppose d'abord une toux semblable à celle qui peut être produite par chacune des lésions des organes respiratoires ou de leurs annexes. Bientôt il vient se joindre à la toux un état convulsif dû à la disposition particulière ou *idiosyncrasie* de l'individu, lequel est toujours alors doué d'une grande susceptibilité nerveuse. C'est cet état spasmodique, réuni à la toux, qui constitue la coqueluche. Il affecte particulièrement le diaphragme et les muscles du larynx, et, dans certains cas, tous les muscles de la tète et des membres, d'où résultent les convulsions générales. Revêtue de ce caractère convulsif, la toux se prolonge ensuite plus ou

moins, selon l'influence de la saison, l'âge et le tempérament du sujet, et suivant les maladies dont celui-ci se trouve en même temps affecté.

Indépendamment des causes matérielles qui décident la toux de la coqueluche et lui impriment le caractère qui lui est propre, il en est une dont le concours, comme je l'ai dit, entretient ordinairement sa durée; je veux parler de la sécrétion, plus abondante que dans l'état naturel, qui a lieu à la surface de la membrane muqueuse de la trachée et des bronches, et, ce qui n'est guère moins fréquent, à celle de la membrane interne de l'estomac, de l'œsophage, du pharynx et du larynx, sympathiquement excitée. Cette sécrétion surabondante, dont on peut se rendre raison, sans admettre pour cela qu'il existe nécessairement une bronchite, une trachéite ou une gastrite, permet d'expliquer l'obstruction plus ou moins complète des bronches pendant les quintes de coqueluche, la gêne de la respiration qui en est le résultat, l'expulsion par la bouche, ou par les fosses nasales, des mucosités formées dans les voies aériennes; enfin le vomissement de matières glaireuses venant de l'œsophage et de l'estomac, phénomènes qu'on observe ordinairement dans la maladie dont il est question.

D'un autre côté, l'état convulsif du diaphragme peut faire concevoir facilement le mécanisme des expirations consécutives et incomplètes qui caractérisent la quinte, tandis que le spasme des muscles laryngiens, occasionnant le resserrement momentané de la glotte, explique très-bien aussi le sifflement particulier qui accompagne l'inspiration et la durée nécessairement plus longue de cette dernière (1).

---

(1) Stoll a parfaitement apprécié l'influence et l'action de l'état convulsif du diaphragme dans la coqueluche. « J'ai remarqué, dit « cet auteur célèbre, que l'accès était provoqué facilement par le « rire, et excité de nouveau. Je pensais que cela avait lieu parce « que, dans le rire, comme dans la toux convulsive, le diaphragme « est agité par des secousses réitérées, de manière qu'on est obligé « de faire plusieurs expirations de suite sans faire d'inspiration. « J'ai vu aussi l'accès, tout près d'avoir lieu, retardé souvent, « affaibli, et même prévenu, par une très-longue inspiration, et « en retenant son haleine le plus long-temps possible. » Stoll a de plus donné sur la coqueluche des aphorismes qui se trouvent complètement en harmonie avec la théorie que j'avance. J'en ai consigné plusieurs à la suite de mes conclusions.

M. Gardien, de son côté, admet dans la coqueluche (Dictionnaire des sciences médicales, 6e vol.) un état spasmodique de la glotte. « L'essence de cette maladie, selon ce médecin, paraît « consister dans une affection spasmodique de la glotte et du dia- « phragme. Dans son état de simplicité, les quintes sont unique- « ment déterminées par un état nerveux fixé sur l'un de ces organes, « ou sur les deux en même temps, et qui se reproduit par accès. « C'est l'irritation particulière que cette influence nerveuse déter-

En suivant cette théorie, on voit également comment se produisent les épidémies de co-

---

« mine dans les voies aériennes et sur l'estomac qui produit la « sécrétion qui a lieu sur la membrane muqueuse qui revêt ces « organes, et qui occasionne l'ébranlement convulsif du diaphragme « et des poumons. La sécrétion déterminée sur ces surfaces mu-« queuses par un état de spasme ne diffère de celle qui a lieu dans « les catarrhes des mêmes organes que par sa périodicité et son « intermittence. Il n'y a point de sécrétion dans les intervalles des « paroxysmes ; tandis que celle qui serait le produit d'une phleg-« masie de la membrane muqueuse qui revêt ces organes serait « continuelle. » (Dans ma théorie, j'admets, au contraire, que la sécrétion muqueuse des bronches est continuelle, mais plus abondante dans l'accès de coqueluche, et que tantôt elle est produite par une phlegmasie bronchique ; tantôt elle est sympathique d'une autre maladie, et peut s'opérer sans qu'il y ait une bronchite ; de même que la sécrétion muqueuse de l'estomac a lieu sympathiquement aussi sans qu'il y ait une gastrite.)

« C'est, continue M. Gardien, la sensation pénible que fait « naître cet état de spasme sur la trachée-artère et les bronches « qui excite la toux ; c'est le resserrement spasmodique de la « glotte qui en est la suite, qui produit, lorsque l'air est chassé de « la poitrine, ce bruit particulier qui fait le caractère distinctif « de la coqueluche. »

M. Gardien dit ailleurs : « Le son particulier qui a lieu dans « l'inspiration provient évidemment du resserrement spasmodique « de la glotte. »

La coqueluche n'est pas la seule maladie où l'on remarque un spasme des muscles du larynx. La paraphonie, ou voix convulsive, n'est autre chose qu'un état spasmodique irrégulier des muscles destinés à rétrécir et à dilater la glotte, consistant en une alternative involontaire de contraction et de relâchement de ces muscles. (Voy. le mémoire de M. Portal, sur les altérations de la voix dues à des névroses des organes vocaux.)

queluche. La constitution atmosphérique qui leur donne naissance, déterminant chez beaucoup d'enfans soumis à la même influence un grand nombre de maladies des organes respiratoires, et particulièrement de bronchites, de pneumonies et de pleurésies, il se trouve parmi ces enfans plusieurs individus disposés aux affections convulsives (1). La toux, après s'être développée chez eux par l'effet de causes extérieures, revêt alors ce caractère spasmodique qu'elle doit à l'état convulsif du diaphragme et des muscles laryngiens, et la coqueluche se manifeste avec tous ses phénomènes.

Telle est la théorie que je crois pouvoir établir, d'après les faits observés, sur la nature de la coqueluche, sans avoir néanmoins la prétention de la défendre contre toute espèce d'objections. Il me semble seulement lui trouver pour principaux avantages, d'expliquer, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, les différens phénomènes de la toux convulsive, de s'accorder avec le traitement de cette mala-

(1) M. Guersent, dans le Dictionnaire de médecine, fait remarquer l'influence puissante du tempérament nerveux sur la production de la coqueluche.

die, lequel doit être autant dirigé contre les affections qui accompagnent ordinairement la coqueluche que contre la toux nerveuse elle-même; enfin d'être en rapport avec les résultats obtenus par l'anatomie pathologique.

Stoll, dans sa Médecine pratique, a avancé « que la toux convulsive, quoique sa cause « matérielle ait été détruite, peut cependant « revenir quelquefois comme un effet de l'*ha-* « *bitude* qu'ont contractée des fibres excessive- « ment irritables. » Cette opinion me paraît également admissible, et conforme à l'observation.

ART. VIII. *Terminaisons.*

La coqueluche peut se terminer :

1° *Par la convalescence.* Lorsqu'elle est simple ou que la maladie dont elle est compliquée est peu grave par elle-même et peu intense, par exemple, un catarrhe ordinaire; qu'elle est combattue par un traitement méthodique et bien dirigé, ou enfin lorsque la cause extérieure qui lui a donné lieu vient à cesser. Ainsi beaucoup de coqueluches, qui se sont développées à la fin de l'automne ou dans l'hiver, cessent spontanément au printemps ou dans l'été. Il en est de même lorsque le malade

change de climat, qu'il se transporte d'un pays froid dans un pays chaud.

La convalescence, qui est la terminaison la plus ordinaire, est annoncée par la diminution de la toux et la moindre fréquence des quintes, le rétablissement complet de la respiration, l'absence de la fièvre, lorsque celle-ci existait auparavant; les excrétions muqueuses, faciles et abondantes, par la bouche ou par les fosses nasales; la cessation des vomissemens, la disparition du bruit particulier à la coqueluche, et le retour de la toux à un état naturel, analogue à celui de la toux catarrhale simple.

2° *Par la mort.* Cette terminaison survient lorsque la maladie qui a accompagné ou suivi la toux convulsive est grave ou mortelle de sa nature, comme une phthisie pulmonaire, une pneumonie chronique, une pleurésie avec épanchement séro-purulent, une bronchite terminée par suppuration... La mort peut aussi arriver dans d'autres cas : par exemple, lorsque le sujet a été extrêmement affaibli, que la maladie a été traitée par des moyens peu convenables et contraires à sa nature, qu'il est survenu inopinément une complication dangereuse.

La mort peut avoir lieu dans la coqueluche

par *suffocation*, à la suite de l'obstruction des bronches par des mucosités abondantes ou du pus; par *excès d'inflammation*, comme dans une bronchite très-aiguë ou une pleuro-pneumonie intense; enfin par la *débilité* qui résulte de la maladie elle-même lorsqu'elle se prolonge trop chez des sujets déjà très-faibles; ou du traitement, lorsqu'on a abusé des débilitans, des émissions sanguines répétées, etc.

3° *Par une autre maladie.* Souvent la toux convulsive entraîne à sa suite diverses maladies, dont quelques-unes sont graves, et dépendent des efforts extraordinaires et réitérés de la toux. Nous allons les examiner dans l'article suivant.

ART. IX. *Maladies consécutives.*

Ces affections forment deux classes distinctes : les unes sont naturelles, et ont lieu lorsque la coqueluche se termine d'une manière favorable, les autres sont accidentelles, et plus ou moins fâcheuses.

On peut rattacher à la première classe : 1° le catarrhe bronchique ordinaire et léger qui suit le plus souvent la convalescence de la coqueluche. C'est un simple rhume, dans lequel la toux a son caractère naturel, et qui ne dure

que quelques jours. 2° Un catarrhe chronique des voies aériennes, avec légère altération de la voix et toux permanente, mais non convulsive. Cet état peut durer un ou plusieurs mois après la convalescence, et disparaître à son tour d'une manière graduée.

A la deuxième classe appartiennent, 1° la dilatation des bronches : cette lésion n'est guère que partielle; elle entraîne une dyspnée habituelle plus ou moins grande; mais il est presque impossible de la reconnaître pendant la vie; 2° la phthisie pulmonaire; 3° la pneumonie ou la pleurésie chronique; 4° la phthisie muqueuse, soit trachéale, soit bronchique.

Il peut aussi résulter de la coqueluche diverses autres maladies, telles que les hernies inguinales ou ombilicales, l'apoplexie, la cérébrite ou la méningite, l'hémoptysie, les maladies organiques du cœur.

ART. X. *Complications.*

La coqueluche peut se compliquer d'angine gutturale, de laryngo-trachéite, de bronchite, de pleurésie, de pneumonie, de phthisie pulmonaire ou de phthisie mésentérique, d'hydrothorax, d'hydropéricarde. La cérébrite, l'arachnitis, l'hydrocéphale et l'ophthalmie

surtout, compliquent aussi la toux convulsive en plusieurs circonstances. Parmi les phlegmasies abdominales qui coïncident avec cette affection, la gastrite et l'entérite sont les plus fréquentes. La rougeole et la variole l'accompagnent également, dans quelques cas, aussi-bien que les fièvres intermittentes de divers types. Avec de l'attention on parvient ordinairement à reconnaître ces complications, et à les distinguer de la maladie principale.

ART. XI. *Examen comparatif des différences qui existent entre la coqueluche et quelques maladies analogues.*

Le catarrhe pulmonaire est, de toutes les maladies, celle qui ressemble le plus à la coqueluche. Dans la plupart des cas, cette dernière n'est même, pour ainsi dire, qu'une modification ou une transformation du catarrhe pulmonaire. Quelquefois aussi un catarrhe pulmonaire simple prend l'apparence de la coqueluche, s'accompagne de quintes de toux, d'inspiration sifflante, de vomissemens glaireux, etc.; et cet état peut durer plusieurs jours, ou même plus d'une semaine, pour disparaître ensuite et reprendre l'aspect du catarrhe ordinaire. Des transformations alternatives de catarrhe bronchique

en coqueluche et de coqueluche en catarrhe bronchique peuvent aussi se faire remarquer plusieurs fois chez le même sujet dans un espace de temps assez court, et j'ai eu des occasions d'observer, à l'hôpital des Enfans, de semblables métamorphoses (1). Quant au catarrhe, ou rhume ordinaire, il diffère de la coqueluche par le caractère non convulsif de la toux, et par celui de la respiration, qui est ordinairement libre.

Le croup présente des différences assez tranchées pour qu'on ne puisse pas le confondre avec

(1) On peut lire a ce sujet les articles *conversion*, *métastase*, etc., du Dictionnaire des sciences médicales, où il est traité de ces transformations de maladies.

M. Laennec (Auscultation médiate) paraît également porté à croire que la plupart des affections catarrhales ou angineuses, la coqueluche, la bronchite, le croup bronchial, etc., ne sont que des modifications d'une même maladie.

M. Guersent (Dict. de médecine) dit : « Chaque genre d'inflammation catarrhale a une toux qui lui est propre. On voit des individus, particulièrement parmi les enfans, chez lesquels les plus simples rhumes prennent facilement les caractères de la coqueluche, et simulent cette maladie. Les différences qu'on remarque dans les caractères de la toux dans chacune des affections catarrhales dépendent plutôt de la spécialité même de ces inflammations que de la différence du siége, qui est souvent le même pour plusieurs d'entre elles. »

J'ajouterai que ces différences dépendent surtout de l'idiosyncrasie des sujets.

la toux convulsive. J'ai déjà fait ressortir ailleurs les caractères qui lui sont propres. On peut ajouter, avec M. Gardien, que la coqueluche diffère du croup par l'absence de la fièvre, et surtout parce que les enfans sont ordinairement bien portans dans l'intervalle des paroxysmes, qui sont parfois très-éloignés.

Je n'insisterai pas sur les différences que présentent *l'œdème de la glotte* et *l'irritation du conduit aérien par la présence d'un corps étranger.* Il est impossible de confondre ces affections avec la coqueluche. *Les angines gutturales simples* et *l'angine couenneuse du pharynx* ont des caractères si différens de ceux de la toux convulsive qu'il est également impossible de se méprendre sur leur nature, toutes les fois qu'il n'y a pas complication de ces maladies entre elles.

La pneumonie, la pleurésie, la phthisie pulmonaire, et même *l'hydrothorax* et *l'hydropéricarde,* simulent quelquefois la coqueluche, parce que ces affections la compliquent fréquemment. Il en est de même, selon Stoll, de la toux stomacale, c'est-à-dire, celle produite par l'état saburral des premières voies. Mais, hors les cas de complication, toutes ces maladies ont des signes propres qui ne permettent

pas de les confondre avec la coqueluche ordinaire, celle, par exemple, qui est simple ou qui est liée à une inflammation des bronches.

Quant à *l'asthme aigu des enfans*, décrit par Millar, cette maladie si rare, et qui a tant occupé les médecins, n'est autre chose, si cet auteur en a fidèlement tracé l'histoire, qu'une affection spasmodique des muscles du thorax, analogue à la crampe de poitrine. Elle n'a qu'une durée très-courte (trois ou quatre jours au plus), soit qu'elle détermine la mort en produisant une prompte suffocation, soit qu'elle se dissipe, et que le rétablissement de la santé en soit le résultat immédiat.

La *phthisie muqueuse*, soit *laryngée*, soit *trachéale*, présente des caractères qui suffisent pour la faire distinguer de la coqueluche. Ces différences consistent dans les circonstances antécédentes, dans la nature des crachats (puriformes ou purulens dans la phthisie, ils ne le sont pas dans la coqueluche ordinaire et sans complications); enfin dans le caractère de la respiration, de la toux et de la voix.

L'*asthme des vieillards* a beaucoup d'analogie avec la coqueluche. Comme cette dernière, l'asthme est ordinairement sympathique et lié à une autre affection, telle qu'une lésion or-

ganique du cœur ou des poumons (1). Chez les asthmatiques, on observe fréquemment des quintes de toux semblables à celles de la coqueluche, avec inspiration sifflante, spasme, resserrement du thorax, etc. Mais la différence des âges est une des principales qui existent entre ces deux affections, aussi-bien que celle des maladies qui les compliquent.

ART. XII. *Classification. — Espèces et variétés.*

La coqueluche est, comme nous l'avons dit plus haut, une affection essentiellement nerveuse, et pouvant exister par elle-même, sans dépendre d'aucune autre maladie, quoique le plus ordinairement elle soit sympathique, et compliquée soit d'une inflammation, soit d'une lésion organique de l'appareil respiratoire. C'est donc avec raison que l'auteur de la Nosographie philosophique a rangé la coqueluche dans la classe des maladies nerveuses, et dans l'ordre des névroses de la respiration.

---

(1) C'est là du moins l'opinion de M. Rostan et de la plupart des médecins modernes, qui fondent principalement l'étude des maladies sur l'observation clinique et l'anatomie médicale. (Voy. la thèse de M. Marcel Diot : Recherches sur l'asthme, considéré particulièrement chez les vieillards, in-4°, 1821.)

Il n'existe qu'une seule espèce de coqueluche simple. Mais, d'après ce que nous avons exposé, et comme l'ont constaté l'observation clinique et les autopsies cadavériques, on peut admettre un certain nombre d'espèces de coqueluche compliquées. Ces espèces sont d'autant plus importantes à étudier que leur connaissance est indispensable pour établir le diagnostic et fixer le traitement; car si la marche et la durée de la toux convulsive sont souvent subordonnées à la nature des maladies qui la compliquent, ces mêmes maladies n'exercent pas une moindre influence sur les indications curatives qui règlent sa thérapeutique. Voici en conséquence quelles sont les principales de ces espèces dans l'ordre de leur fréquence.

PREMIÈRE ESPÈCE. *Coqueluche catarrhale.* Elle est liée à une inflammation des bronches, et quelquefois aussi de la partie inférieure de la trachée. Cette espèce de coqueluche est la plus fréquente de toutes. Elle constitue, suivant la théorie que j'ai développée plus haut, une maladie composée de deux élémens : 1° d'un catarrhe des bronches; 2° d'un état spasmodique du diaphragme et des muscles du larynx. La *coqueluche catarrhale* n'est pas toujours simple; quelquefois elle est jointe à plusieurs autres

maladies qui la compliquent. C'est ainsi qu'à l'ouverture des cadavres, il n'est pas rare de rencontrer, chez les sujets qui ont succombé à la coqueluche, diverses altérations morbides réunies, telles qu'une phlegmasie des bronches, une hépatisation des poumons, et des tubercules pulmonaires, ou un épanchement séro-purulent dans la plèvre. Une variété de la coqueluche est celle qui coïncide avec la phlegmasie des ganglions bronchiques. Cette variété peut se montrer isolément, sans qu'il y ait la moindre rougeur dans les bronches. On pourrait la nommer *coqueluche bronchique*, pour la distinguer de celle dite *catarrhale*. Dans le plus grand nombre des cas, on observe à la fois l'inflammation des bronches et celle des ganglions bronchiques. Mais toutes ces distinctions ne se reconnaissent qu'après la mort, par l'inspection anatomique.

Les signes propres à la coqueluche catarrhale sont tous ceux qui ont été décrits précédemment en énumérant les symptômes de la coqueluche : toux sifflante, quinteuse, etc. Il s'y joint des signes négatifs, tels que la résonnance parfaite de la poitrine à la percussion, l'absence de la pectoriloquie, de l'égophonie, etc. ; l'absence de douleur stomacale,

d'état bilieux, le décubitus facile sur les deux côtés...

Les caractères anatomiques, démontrés par l'autopsie, sont : la rougeur de la membrane muqueuse des bronches, souvent aussi celle de la partie inférieure de la trachée, et, fréquemment encore, le gonflement et la rougeur des ganglions bronchiques.

DEUXIÈME et TROISIÈME ESPÈCES. *Coqueluche avec pneumonie et avec pleurésie.* Ces deux espèces ont beaucoup d'analogie entre elles. Elles sont liées à la phlegmasie du poumon ou à celle de la plèvre.

Ces espèces, lorsqu'elles sont simples, reconnaissent pour signes ou caractères physiologiques, 1° tous ceux de la coqueluche indiqués plus haut; 2° ceux de la pneumonie ou de la pleuresie : le son mat du thorax à la percussion, le décubitus difficile d'un côté ou des deux à la fois, les signes particuliers fournis par le stéthoscope (voy. l'ouvrage de M. Laennec, Auscultation médiate), la fièvre, la douleur thoracique, la couenne pleurétique du sang tiré des veines, la nature des crachats, etc.

Les caractères anatomiques de ces espèces de coqueluche sont, l'hepatisation ou le simple endurcissement du poumon, la rougeur

de la plèvre, les adhérences de cette membrane, les couches membraniformes qui la recouvrent quelquefois, l'epanchement séreux ou séro-purulent dans sa cavité.

QUATRIÈME ESPÈCE. *Coqueluche avec phthisie.* Elle comprend deux variétés : 1° la coqueluche coïncidant avec une *phthisie muqueuse*, laryngée, trachéale ou bronchique. Les signes qui la décèlent, sont ceux de la toux convulsive, réunis à ceux de la phthisie muqueuse; altération, ou affaiblissement de la voix, crachats puriformes, titillation incommode au larynx ou à la trachée, sensation de chaleur et de sécheresse en cet endroit, fièvre lente, amaigrissement progressif. Les caractères anatomiques sont : l'ulcération ou l'érosion de la membrane muqueuse des voies aériennes, la collection de pus à la surface de cette membrane, la couleur foncée, rougeâtre ou livide qu'elle présente.

2° *Coqueluche compliquée d'une phthisie pulmonaire tuberculeuse.* Cette variété est beaucoup plus fréquente que l'autre; elle en diffère totalement par son siége et par sa nature, et elle constitue plutôt une espèce particulière qu'une variété. Ses caractères physiologiques

sont : 1° les signes de la coqueluche ; 2° ceux de la phthisie tuberculeuse : diathèse scrofuleuse, le plus souvent avec engorgement des ganglions lymphatiques superficiels, ou mauvaise conformation du thorax ; toux incommode et fatigante, défaut de sonorité de la poitrine, pectoriloquie et autres indices fournis par le stéthoscope, sueurs nocturnes, fièvre hectique, atrophie générale, phénomènes tous plus ou moins prononcés, suivant les degrés de la phthisie. Les caractères anatomiques de cette complication de la coqueluche sont : les tubercules plus ou moins volumineux, réunis ou disséminés, durs ou ramollis et suppurés, les cavernes résultant de leur fonte, etc, dans le parenchyme pulmonaire, ou dans les ganglions bronchiques ; la pesanteur spécifique des poumons, augmentée en raison de l'etendue de leur désorganisation...

CINQUIÈME ESPÈCE. *Coqueluche bilieuse*, ou compliquée d'un état saburral des premières voies. Elle a été signalée par Stoll. Ses caractères physiologiques sont : les signes de la toux convulsive réunis à ceux d'un état bilieux, l'enduit de la langue, l'amertume de la bouche, les nausées, les vomissemens bilieux, la diarrhée ou la constipation. Les caractères

anatomiques sont, l'amas de matières bilieuses dans les voies digestives, et l'absence d'altération morbide dans les organes thoraciques. Cette espèce de coqueluche est néanmoins très-rare à l'état de simplicité. Le plus souvent l'état bilieux n'est lui-même qu'une complication des autres espèces de coqueluche.

ESPÈCES DIVERSES. Il existe encore de nombreuses espèces de toux convulsive, dépendant de la concomitance d'un anévrisme du cœur, d'une hydropéricarde, etc. Mais ces espèces sont rares, et je ne crois pas devoir m'arrêter à les examiner. La dilatation des bronches, lorsqu'elle tient à un vice de conformation primitif, peut aussi coïncider avec la coqueluche. Mais, dans plusieurs autres cas, la dilatation des bronches paraît être le résultat de la toux convulsive.

ART. XIII. *Prognostic.*

Le prognostic de la coqueluche varie suivant les espèces de cette affection, c'est-à-dire, selon qu'elle est simple ou compliquée. En général, c'est une maladie fâcheuse, même dans les cas les plus simples, en raison de sa longue durée et de son caractère de ténacité. L'âge des su-

jets, leur force, leur tempérament, l'influence du climat et de la saison, sont autant de circonstances capables de faire prévoir, jusqu'à un certain point, l'issue de la toux convulsive. Mais ce sont surtout les symptômes dominans et la marche qu'ils suivent qui doivent faire augurer bien ou mal des suites de cette maladie. J'ai indiqué, en traitant des terminaisons, les signes qui font porter un bon prognostic, ou, en d'autres termes, ceux qui annoncent la convalescence. Il ne me reste qu'à parler des signes fâcheux en général. Ce sont : la faiblesse du sujet, son jeune âge. la mauvaise conformation de la poitrine, la respiration courte et embarrassée, conjointement avec l'accélération du pouls; la complication d'affections graves, la sécheresse de la toux, l'impossibilité de l'expectoration, l'amaigrissement, la prostration générale, l'œdème de la face et des membres, la diarrhée colliquative...

La mortalité de la coqueluche est assez considérable, comme l'ont remarqué Sydenham, Rosen, Underwood, etc. Il est impossible de la fixer; car elle varie suivant les climats et mille autres circonstances. Dans certaines épidémies, elle s'élève jusqu'au quart ou même au tiers des individus qui en sont atteints; mais c'est qu'il

existe alors des complications très-graves.

Lors même que les quintes de coqueluche ont cessé entièrement, le malade n'est pas à l'abri de toute crainte; car les rechutes ne sont pas rares. M. Guersent a vu fréquemment des quintes de coqueluche se renouveler après quinze jours, et même un mois de la cessation de la toux. J'ai eu plusieurs occasions de faire la même remarque. Les récidives se font également observer, malgré les assertions de quelques auteurs, qui ont prétendu que le même individu ne peut avoir deux fois cette maladie.

CHAPITRE DEUXIÈME.

TRAITEMENT.

Pour exposer avec méthode le traitement qui convient à la toux convulsive, je parlerai d'abord de celui de la coqueluche simple et de la catarrhale, qui est la plus ordinaire. J'examinerai ensuite le traitement des espèces de coqueluches compliquées, et j'indiquerai les modifications nécessaires dans les différens cas de complication. Un autre article sera consacré au traitement prophylactique.

ART. I. *Traitement curatif.*

Coqueluche simple et *coqueluche catarrhale.* Lorsque la coqueluche est simple, legère et sans fièvre, on se contente, dans la première période, d'employer les boissons adoucissantes, les infusions de fleurs pectorales, comme de mauve, de coquelicot, de tussilage, de bourrache, édulcorées avec du miel ou du sirop de guimauve; les looks ordinaires, ou avec addition d'un peu de sirop diacode; les juleps gommeux. On prescrit aussi avec avantage les doux expectorans, le lierre terrestre, l'hysope en infusion, le sirop de capillaire. On doit favoriser la transpiration en maintenant dans l'air une douce température, et en faisant porter aux malades des vêtemens chauds, comme la laine ou la flanelle. Les vomitifs, à petites doses réitérées, ont souvent beaucoup d'efficacité pour éloigner les quintes de coqueluche. On emploiera, dans ce but, le tartre stibié ou le kermès, l'ipécacuanha en substance ou en décoction, en sirop. Les pastilles d'ipécacuanha ou celles d'émétine, données tous les jours, sont aussi très-avantageuses. Les purgatifs paraissent moins utiles; mais ils peuvent convenir après l'emploi des vomitifs, pour exciter les évacua-

tions alvines et diminuer l'irritation des bronches. La manne, la casse, l'huile de ricin sont les médicamens de cette classe auxquels on doit donner la préférence.

Si la coqueluche s'accompagne de fièvre, si l'individu est sanguin, disposé aux inflammations, et si la constitution atmosphérique favorise cette diathèse inflammatoire, comme cela a lieu dans l'hiver et dans le printemps, on ne doit pas balancer à employer les saignées locales ou générales. Les sangsues seront appliquées sur la partie antérieure et latérale de la poitrine, en nombre proportionné à l'âge et aux forces du sujet, depuis trois ou quatre seulement jusqu'à quinze ou vingt. On pourra réitérer ces applications suivant l'effet qu'elles produiront; mais il faudra y mettre la réserve nécessaire, et bien se garder surtout d'amener la faiblesse. L'examen du pouls, de la physionomie et de la chaleur de la peau, sera le meilleur guide à suivre sur ce point. Les ventouses scarifiées pourront remplacer les sangsues. Les saignées générales demandent beaucoup plus de circonspection que les sangsues; car elles affaiblissent davantage et d'une manière plus prompte.

On peut aussi administrer quelquefois, dans

cette période, de légers calmans, des juleps ou des looks avec un peu de sirop diacode, etc.

Lorsque, malgré l'emploi de ces premiers moyens, la coqueluche, parvenue à sa seconde période, persévère sans qu'il y ait de fièvre ou de complication phlegmasique, on doit reconnaître qu'il faut modérer la sécrétion muqueuse trop abondante des bronches, ou lui faire diversion par des moyens dérivatifs, et calmer, d'un autre côté, la vive excitation du système nerveux, dont l'influence est si grande sur la production et la persistance de la coqueluche.

Pour satisfaire à la première indication, on applique des exutoires. Les cautères et les vésicatoires méritent la préférence; ces derniers surtout ont l'avantage d'agir plus promptement, en ne produisant qu'une ulcération superficielle, d'être excités ou supprimés à volonté, et d'être réitérés à propos autant qu'il sera nécessaire. On conçoit que le lieu où il convient de les appliquer, l'étendue qu'ils doivent avoir, la durée de leur suppuration et leur nombre dépendent de circonstances particulières que le médecin peut seul reconnaître et apprécier. M. Nauche emploie avec beaucoup d'avantage des vésicatoires opiacés et camphrés. Voici quelle en est la composition : ♃ emplâtre vésicatoire, quatre

parties ; opium brut, une partie. Malaxez ; faites un vésicatoire, que vous couvrez de poudre de cantharides et de camphre ; arrosez avec quelques gouttes de laudanum de Rousseau. Ces vésicatoires agissent aussi bien que les vésicatoires ordinaires, et ne produisent presque pas de douleur ; ce qui donne la facilité d'en appliquer un plus grand nombre.

Les rubéfians, les sinapismes et les pédiluves sinapisés sont mis en usage dans les cas où les quintes sont très-violentes, et où l'on redoute une congestion sanguine vers la tête ; mais ces moyens n'ont qu'une action peu durable, et en quelque sorte momentanée.

Un remède dérivatif qui a été beaucoup préconisé, et qu'on emploie encore assez fréquemment dans la coqueluche, c'est la pommade stibiée d'Autenrieth. Cette pommade, dont j'ai dejà parlé en traitant du croup, est administrée en frictions sur la région épigastrique ; elle détermine sur la peau une éruption pustuleuse suivie d'ulcérations. On en a fait une méthode spéciale de traitement qui a eu souvent des succès, mais qui ne présente cependant pas plus d'avantages que celle qui consiste dans l'emploi des autres dérivatifs.

Les frictions avec la pommade émétisée peu-

vent aussi être pratiquées sur la région lombaire et sur les extrémités inférieures. En les changeant de place, on peut les continuer plus long-temps, et c'est ainsi qu'on obtient des succès de leur emploi ; car on entretient sur les tégumens une irritation permanente, ce qui doit nécessairement modérer celle des organes respiratoires (1).

J'ai administré souvent à des enfans atteints de coqueluche la magnésie calcinée, à la dose de sept ou huit grains par jour, ou plus encore, dans de l'eau sucrée, et j'en ai obtenu de bons effets ; mais il est nécessaire de continuer ce remède pendant un temps suffisant. Son action

---

(1) La pommade émétisée paraît, en outre, avoir une action spéciale sur les intestins et sur l'estomac. Elle excite les contractions de ces organes, et détermine tantôt des nausées ou des vomissemens, tantôt des évacuations alvines abondantes. J'ai souvent observé le dévoiement survenir tout à coup à la suite de ces frictions, lorsqu'elles étaient continuées un certain temps, et disparaître après leur cessation. L'émétique, dans cette circonstance, est probablement absorbé, et vient agir sur les organes digestifs à sa manière ordinaire. M. King, médecin anglais, rapporte deux faits qui sont à l'appui de mon opinion. Il a vu des frictions sur la région lombaire, avec l'onguent émétisé, produire chez deux malades, dont il donne les observations, plusieurs évacuations alvines par jour, que la suppression des frictions faisait cesser aussitôt. (Bulletin universel des sciences médicales, publié par M. le baron de Ferussac. Janvier 1824.)

consiste à diminuer la sécrétion muqueuse trop abondante des bronches et de l'estomac, et par suite à faire disparaître la toux et les vomissemens. Ce moyen, dont la plupart des auteurs n'ont point parlé, me paraît mériter une mention spéciale par son utilité. Les autres absorbans ont également été mis en usage. C'est de cette manière qu'on a administré l'eau de chaux coupée avec le lait. Cette boisson agit d'ailleurs aussi comme adoucissante.

Afin de remplir la deuxième indication (calmer l'excitation nerveuse), on met en usage les antispasmodiques et les sédatifs. On a surtout recommandé comme antispasmodiques le musc, le camphre, l'assa-fœtida, le castoréum. la valériane et l'oxyde de zinc.

Le musc a eu des succès en plusieurs circonstances; mais il paraît qu'il faut l'employer à des doses plus fortes qu'on n'a coutume de le faire. M. Pinel, dans sa Nosographie philosophique, cite, d'après les actes de la société médicale de Copenhague, deux observations de coqueluche dans lesquelles le musc mêlé au sucre a réussi complètement. Dans la première de ces observations, il suffit d'administrer dix grains de musc en quatre doses; dans la seconde, il fallut en donner soixante grains

en quatre prises dans l'espace de vingt-quatre heures. Cependant Cullen et d'autres médecins n'ont pu obtenir de ce médicament des resultats aussi avantageux.

Millar recommande presque exclusivement l'assa-fœtida. C'est un remède dont j'ai pu apprécier l'avantage, lorsqu'on l'administre en lavemens. On peut l'employer avec confiance, mais sans exclure pour cela les autres moyens curatifs. La dose est d'un ou de deux gros dissous dans du jaune d'œuf.

On peut en dire autant sur les effets du camphre et de la racine de valériane. Cette dernière substance réussit mieux en extrait dans une potion que de toute autre manière : on doit l'employer à haute dose et la réitérer souvent. On prescrit, par exemple, tous les jours un scrupule ou un demi-gros de cet extrait dans un julep. Cependant, comme ce médicament est désagréable, et par cela même très-difficile à faire prendre aux enfans, il est peut-être encore préférable d'administrer la décoction de valériane en lavemens. On pourrait alors y ajouter de l'assa-fœtida.

Morris prescrivait le castoréum uni au quinquina. J'administre aussi quelquefois la teinture de castoréum, à la dose de quinze ou vingt

gouttes dans une potion, et j'en ai vu résulter de bons effets.

Quant à l'oxyde de zinc, on l'emploie assez fréquemment, à l'hôpital des Enfans, à la dose de six, huit, dix et vingt grains par jour. M. Guersent rapporte, dans le Dictionnaire de médecine, une observation intéressante où cet oxyde a réussi merveilleusement, à la dose d'un grain, d'heure en heure, chez un enfant très-jeune. Mais les effets de l'oxyde de zinc ne sont pas constans, et je l'ai vu, dans plusieurs cas, n'être d'aucune utilité contre la toux convulsive.

Parmi les sédatifs, on a préconisé l'opium, la belladone, la jusquiame, la ciguë, la laitue vireuse, l'extrait de narcisse des prés. De toutes les préparations opiacées, le laudanum de Sydenham, ou celui de Rousseau, donné dans un lavement, paraît avoir le plus d'efficacité. On peut avantageusement combiner le camphre avec l'opium. Fouquet a proposé de remplacer l'opium par l'extrait de coquelicot, dont les effets sont beaucoup plus doux. Quelques praticiens emploient la morphine, ou son acétate, à très-faible dose.

La racine de belladone compte de nombreux succès en sa faveur; mais elle présente

l'inconvénient de produire de la soif et de la secheresse à la gorge. On l'a vue déterminer la cécité et d'autres accidens fâcheux, même à une très-petite dose. On l'administre néanmoins assez souvent à l'hôpital des Enfans. M. Guersent fait usage d'un mélange par parties égales d'oxyde de zinc, de poudre de belladone et de ciguë, en commençant par la dose d'un quart de grain de chacune de ces substances, qu'il donne trois fois par jour, et qu'il augmente successivement, suivant l'effet qu'éprouve le malade. Quelques praticiens prescrivent la formule qui suit : ℞ musc, six grains; belladone, un grain et demi; camphre pulvérisé, douze grains; safran, quinze grains; extrait d'opium, un grain; pour faire s. a., douze pilules, dont on administre une le matin et une le soir. Une préparation beaucoup plus facile à faire prendre aux enfans consiste à composer des pastilles avec ces substances, en leur associant une suffisante quantité de sucre et de la gomme arabique.

Il est plus avantageux, selon moi, de prescrire la belladone seule, en substance, dans de l'eau sucrée ou dans une légère infusion antispasmodique. On doit commencer par une faible dose, celle d'un grain, par exemple, en

deux ou trois prises, et l'on augmente la dose les jours suivans d'une manière progressive. Celle de sept à huit grains, à laquelle on peut arriver de la manière indiquée, étant assez forte pour produire des effets notables, il est prudent de s'y arrêter ou de ne la dépasser guère, même lorsqu'on n'en obtient aucun résultat, dans la crainte qu'il ne survienne des accidens graves. Les circonstances qui s'opposent à l'administration de la poudre de belladone sont : la fièvre, la pléthore sanguine, la concomitance d'une angine, soit gutturale, soit laryngo-trachéale; l'irritation des voies digestives, enfin l'affaiblissement des organes de la vue en raison de l'effet spécifique de la belladone sur ces organes. La poudre de belladone, prescrite à trop forte dose, produit des phénomènes analogues à ceux qui résultent de l'ingestion des baies de cette plante dans l'estomac. M. Nauche a vu un enfant de six ans auquel on avait donné par inadvertance, en une seule prise, quatre grains de poudre de belladone, qui ne devaient être administrés qu'en plusieurs doses. Il en résulta du délire, une agitation continuelle, et d'autres accidens alarmans qui ne cessèrent qu'au bout de plusieurs heures par des moyens appropriés, tels

que les pédiluves sinapisés, les boissons acidulées, les réfrigérans appliqués sur la tête.

La jusquiame, la ciguë, la laitue vireuse, et le narcisse des prés, ont été quelquefois employés sous forme d'extrait, et ont pu produire de bons effets dans la coqueluche; mais il est d'autres cas où ils ont échoué. La semence de stramoine a été prescrite de la même manière par M. Nauche. Ce médecin fait préparer un extrait des semences récentes de cette plante, et le fait diviser en pilules d'un quart de grain. Le malade en prend une tous les soirs en se couchant. Des quintes de toux extrêmement violentes ont été calmées promptement par ce remède.

En général, les sédatifs, et particulièrement l'opium et la belladone, ne conviennent que chez les sujets nerveux. On ne doit compter sur ces médicamens que lorsque la persistance de la toux convulsive paraît dépendre d'une sorte d'habitude nerveuse, et que les symptômes inflammatoires ont été complètement dissipés par un traitement antiphlogistique préalable.

On a, dans quelques cas, combiné la méthode évacuante avec la methode sédative et antispasmodique. C'est ainsi qu'on a associé

l'émétique à l'opium (1). On a aussi employé ce sel combiné avec les purgatifs, comme dans le sirop de Desessarts, concurremment avec les calmans.

Dans la troisième période de la coqueluche, on continue les moyens indiqués précédemment, et l'on insiste plus particulièrement sur ceux dont l'efficacité est reconnue, tels que les exutoires, les antispasmodiques actifs, la valériane, l'assa-fœtida. C'est ainsi qu'on peut remplacer les vésicatoires appliqués sur la poitrine par d'autres qu'on pose aux bras. Les bains tièdes sont aussi très-utiles, comme rafraîchissans, calmans et diaphorétiques. On prescrit l'usage des expectorans, les pastilles d'ipécacuanha, le sirop de capillaire. Les seuls adoucissans suffisent quelquefois dans cette dernière période de la maladie. C'est ainsi qu'on a vu du suc de navets crus, uni au sucre, et donné par cuillerées, calmer très-bien les quintes de

(1) On sait que ce moyen est maintenant employé par MM. Peysson, Jourdain et plusieurs autres médecins, dans la cure des fièvres intermittentes, où il réussit fréquemment. Ils administrent une potion ainsi composée, qu'ils donnent par cuillerées, dans l'intervalle des paroxysmes : Prenez, eau de laitue distillée, deux onces ; eau de fleurs d'oranger, deux onces ; émétique, un grain ; extrait aqueux d'opium, un grain, ou sirop diacode, une once.

toux convulsive, après que tous les autres médicamens avaient échoué, et finir par amener une guérison parfaite.

C'est surtout dans cette dernière période qu'on a recommandé les toniques et les légers excitans. Le quinquina en substance et ses diverses préparations, surtout le sirop, ont souvent produit de très-bons effets. Aussi la plupart des auteurs le recommandent-ils d'une manière spéciale, à cette époque de la coqueluche. L'efficacité du quinquina a été confirmée par les observations des médecins modernes. Agirait-il dans la toux convulsive comme dans les fièvres intermittentes, en détruisant la périodicité de ces maladies par une médication qui nous est inconnue, mais qui n'en est pas moins constante dans ses effets, lorsque son emploi est dirigé convenablement? On peut remplacer très-bien le quinquina par le sulfate de quinine, qui possède toutes les propriétés de ce médicament, et qui, susceptible d'être donné à petite dose, est plus commode à faire prendre aux enfans, et leur cause moins de répugnance. Le sulfate de quinine s'administre communément dans de l'eau sucrée. On commence par une dose de quatre ou cinq grains, qu'on peut porter progressivement jusqu'à vingt

ou vingt-cinq, en plusieurs prises. Les toniques peuvent être associés aux antispasmodiques et aux sédatifs. M. Moulin prescrit ordinairement, dans la dernière période de la coqueluche, la formule suivante, dont il a reconnu les bons effets : ℞ quinquina orangé pulvérisé, dix grains; soufre sublimé et lavé, poudre de valériane, limaille de fer porphyrisée, de chaque, cinq grains; extrait gommeux d'opium, deux grains. Mêlez; divisez en six prises. Le malade en prend une chaque soir dans un pruneau ou dans un peu de confiture.

On a aussi employé l'infusion de camomille et de lierre terrestre, celle de véronique, de serpolet, de mélisse; les eaux minérales sulfureuses d'Enghien ou de Bonnes, l'eau de Seltz coupée avec le lait, les sirops dans la préparation desquels on fait entrer le sulfure de soude ou celui de potasse, comme le sirop de Willis; le soufre doré d'antimoine, les pastilles soufrées, l'oxymel scillitique. Mais ce dernier, ainsi que tous les acides en général, m'a toujours semblé plutôt nuisible qu'utile.

La teinture de cantharides administrée à l'intérieur, et préconisée par Hufeland; l'acide hydrochlorique pur, proposé par le docteur Thiel, à la dose de deux ou trois gros par jour, dans

six ou huit onces d'eau édulcorée; l'acide hydrocyanique et l'eau distillée de laurier-cerise, vantés comme de puissans sédatifs, tous ces remèdes, malgré l'enthousiasme avec lequel on a annoncé les succès qu'on a prétendu avoir obtenus de leur usage, me paraissent dangereux dans la plupart des cas, et je pense qu'il faut, en général, les bannir du traitement de la coqueluche. Cependant on a vu quelquefois l'acide hydrocyanique réussir, donné à doses très-fractionnées et suffisamment réitérées.

Le docteur Pearson a conseillé le carbonate de soude, à la dose de deux grains, uni à l'opium et à l'ipécacuanha. Cette méthode, qui paraît plus rationnelle que les précédentes, pourrait faire l'objet de nouveaux essais.

Plusieurs médecins, dans la vue de prévenir la phthisie pulmonaire, qu'ils croyaient pouvoir être produite par la toux convulsive, ont recommandé de soumettre les enfans à la diète lactée. On sait que ce moyen ne peut ni prévenir ni guérir la phthisie ; et s'il n'est pas dangereux, il est au moins inutile, et peut empêcher d'employer des méthodes plus actives. D'autres ont proposé le lichen d'Islande, qu'on doit, suivant Hufeland, associer à la douce-amère, dans le cas de phthisie scrofuleuse; la

semence de *phellandrium aquaticum*, vantée par un médecin hollandais, à la dose d'un gros par jour, en décoction ou en substance; la racine d'arum concassée, à la dose d'un gros, en infusion; le sulfate de zinc, à celle de deux, trois et quatre grains par jour.....

Parlerai-je ici des autres prétendus spécifiques proposés par différens auteurs, tels que le muscus pixioïdes, vanté par Willis; la décoction de la graisse de veau marin dans du lait, dont parle Rosen; le goudron dissous dans un jaune d'œuf (Brandt, Gazette de Suède, 1770), l'esprit de nitre dulcifié uni au sirop de corail, prescrit par Werloff et Murray, etc.? Le temps et l'expérience ont démontré l'inutilité ou au moins le peu d'efficacité de la plupart de ces remèdes empiriques.

Quant aux moyens hygiéniques applicables à la coqueluche, ils consistent dans la diète, ou une alimentation légère, en grande partie végétale, suivant les degrés de la maladie. On entretiendra la liberté du ventre au moyen de lavemens. On fera, comme je l'ai dit plus haut, porter aux malades des vêtemens chauds, et on les soustraira particulièrement à l'influence du froid ou de l'humidité.

La *coqueluche avec pneumonie* ou *avec pleu-*

résie exige dans son traitement des modifications relatives à la nature de la maladie prédominante qui accompagne la toux convulsive. On sent assez que les saignées locales et générales, la diète, les boissons adoucissantes, les lavemens émolliens, les vésicatoires, les sinapismes doivent être les principaux agens thérapeutiques qu'il faut employer. Ce n'est qu'après l'entière disparition des signes de la pneumonie ou de la pleurésie qu'on pourra administrer les antispasmodiques et les légers toniques dont on jugerait l'usage convenable pour combattre la persistance des quintes de toux.

La *coqueluche avec phthisie* demande également l'emploi d'une méthode appropriée à la maladie principale. Les adoucissans, les émissions sanguines réitérées à propos et avec la réserve nécessaire, les exutoires, le régime alimentaire, formeront la base du traitement. On pourra prescrire concurremment les sédatifs et les antispasmodiques.

La *coqueluche bilieuse*, décrite par Stoll, qui en a laissé une observation intéressante, requiert l'administration des évacuans, principalement des vomitifs dans la première période, puis celle des purgatifs unis aux toniques, comme la décoction de quinquina aiguisée avec un sel

neutre et de la manne. On peut également, suivant l'état des malades, prescrire les délayans, les expectorans et les exutoires. Le régime hygiénique ne doit pas être négligé.

Quant aux autres espèces de coqueluche dont l'existence est liée à celle d'une altération organique ou vitale du cœur, ou des gros vaisseaux, d'une hydropéricarde, etc., on conçoit que le traitement doit être particulièrement appliqué à la maladie dominante, lorsqu'on peut parvenir à la reconnaître.

Il en est de même des modifications que doit subir le traitement de la toux convulsive, dans les cas de double complication, lorsque, par exemple, il existe en même temps une coqueluche catarrhale et une pneumonie, ou une phthisie pulmonaire, ce qui n'est pas rare. Un praticien exercé reconnaît, avec de l'attention, ces complications, et leur oppose aussitôt un traitement convenable.

ART. II. *Traitement préservatif.*

Ce traitement peut être employé dans les cas d'épidémie de coqueluche, ou lorsqu'un enfant, en ayant dejà été atteint, paraît menacé d'une récidive. Il consiste surtout dans l'observation exacte des règles de l'hygiène et

dans une attention scrupuleuse à éloigner toutes les causes capables de déterminer la maladie. Mais une des plus sages précautions est de faire voyager l'enfant dans un pays plus méridional que celui qu'il habite, et dans lequel la température, plus douce, est aussi plus constante et moins sujette aux variations atmosphériques.

L'application, faite à propos, de quelques sangsues à la poitrine, celle d'un vésicatoire au bras, un émétique administré quand il est nécessaire, sont autant de moyens qu'on peut employer avec avantage, selon les circonstances, pour prévenir le développement de la coqueluche chez des enfans qui commencent à tousser, pendant que la maladie règne épidémiquement.

« Quelques auteurs, dit M. Gardien, ont « prétendu que, lorsqu'on était appelé dans ce « moment, on peut prévenir les progrès de « cette maladie, et la faire, pour ainsi dire, « avorter en employant des préparations « échauffantes, telles que le vin chaud avec le « sucre, le rum coupé avec moitié de sirop « adoucissant, etc., et en donnant le soir, à « l'heure du sommeil, un gros de thériaque, « qui dissipe la toux et provoque une douce

« moiteur, que l'on doit en outre chercher à « favoriser par la chaleur du lit. M. Macartan « assure que, dans les Indes-Orientales, on em- « ploie avec succès, dans le commencement « de cette maladie, les gargarismes astringens « et toniques. Ces mêmes médecins reconnais- « sent que le temps de la période d'incuba- « tion passée, ou tout au plus deux ou trois « jours après l'invasion, les médicamens échauf- « fans seraient dangereux. »

Rosen conseille, d'après Linné, et regarde presque comme un spécifique capable de détruire le principe de la coqueluche, les feuilles du romarin sauvage (*ledum palustre*) prises en infusion. Hartmann et Wohlin ont confirmé les succès de cette méthode en administrant, après l'émétique, une dose plus ou moins forte de cette infusion avec du lait ou du sérum. Blom et Wahlbom en ont aussi retiré des avantages. On peut consulter à ce sujet les ouvrages suédois intitulés : Essai sur les maladies épidémiques, de Bergius, et Progrès de la médecine en Suède, de Blom.

Il est probable que les infusions des autres plantes aromatiques, les boissons sudorifiques et les légers toniques agiraient d'une manière analogue à celle du romarin sauvage. et

qu'aucun de ces médicamens ne peut néanmoins être regardé comme spécifique et capable de préserver constamment de la coqueluche.

CHAPITRE TROISIÈME.

OBSERVATIONS PRATIQUES.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Coqueluche avec inflammation des bronches, compliquée de rougeole et d'une phlegmasie de l'aorte. — Terminaison par la mort.

Charles Pinchon, âgé de neuf ans, élevé dans un lieu marécageux et humide, avait éprouvé, il y avait trois ans, une toux fatigante et quinteuse, ayant tous les caractères de la coqueluche. Les adoucissans, mis en usage, n'avaient produit aucun effet, et il était toujours resté une toux sèche et assez fréquente.

La toux étant devenue plus violente, et ayant pris de nouveau l'aspect de la coqueluche, le malade entra le 7 août à l'hôpital, dans l'état suivant : douleur à la gorge, rougeur des amygdales, toux fréquente, se reproduisant par accès, accompagnée d'inspiration sifflante

et de sensation douloureuse à l'épigastre ; inappétence.

Le 8, même état de la toux, poitrine sonore à la percussion. (Hydromel, julep gommeux, un vésicatoire au bras, une soupe et un bouillon.)

Le 13, nulle amélioration, fièvre, épistaxis. (Six sangsues à la poitrine, diète.)

Le 19, même fréquence des quintes, vomissemens glaireux, pouls accéléré. (Poudre de racine de belladone, deux grains en quatre paquets ; une soupe.)

Le 20, toux convulsive, vomissemens muqueux, épistaxis abondant, pouls fort et accéléré. (On cessa l'usage de la belladone.)

Le 21, expulsion d'un ver par le rectum, la toux continuait avec la même intensité, la poitrine restait sonore à la percussion, le stéthoscope ne fournissait aucun indice particulier. (Hydromel, un julep gommeux, avec eau distillée de laurier-cerise, vingt gouttes.)

Le 22, quintes de toux violentes, peu de sommeil, appétit.

Le 24, maux de tête et d'estomac, insomnie, toux fréquente, convulsive, fièvre intense, respiration accélérée, peau chaude et sèche. (On supprima l'eau distillée de laurier-cerise.)

Le 25, fièvre, éternuemens, éruption de

rougeole sur la face, langue blanchâtre, dévoiement. (Infusion de bourrache gommée, deux pots ; julep gommeux, crême de riz.)

Le 26, même état, fièvre, toux presque continuelle, sueurs copieuses, épistaxis, eruption plus étendue sur les bras que sur le tronc, cessation du dévoiement.

Le 27, grande rougeur à la face, chaleur brûlante, oppression, fièvre, soif ardente, douleur profonde à l'épigastre, le stéthoscope faisait entendre partout un râle muqueux distinct, excepté en arrière, en haut et à droite de la poitrine, où il l'était moins ; la percussion n'offrait pas de différence sensible. (Eau gommée, édulcorée avec le sirop de gomme ; julep gommeux, une saignée du bras de deux palettes le matin, et une autre le soir, diète.)

Le 28, respiration très-fréquente, toux convulsive et par quintes, face vultueuse, pouls fort et accéléré, sécheresse de la peau, abattement, diarrhée. (Un vésicatoire à la partie postérieure droite de la poitrine, une saignée du bras d'une palette.)

Le 29, plaintes continuelles, gêne extrême de la respiration, toux convulsive par intervalles, pouls très-fréquent, face colorée, dévoiement. (Trois ventouses scarifiées sur la

poitrine, saignée du bras d'une palette, deux vésicatoires aux cuisses.)

Le 30, même difficulté dans la respiration, fièvre, oppression, vive rougeur de la face. (Saignée de deux palettes.)

Le 1er et 2 septembre, abattement extrême, soif intense, dyspnée, diminution du dévoiement. (Eau gommée, édulcorée avec le sirop de gomme, trois pots; julep gommeux, pédiluve sinapisé, un vésicatoire sous l'omoplate droite.)

L'enfant mourut le 3 septembre, dans la matinée.

Ouverture du corps. Thorax. — *Côté droit. La membrane muqueuse des bronches* un peu rouge, surtout dans les dernières divisions; les principales *ramifications bronchiques* un peu plus larges que dans l'état naturel; *ganglions bronchiques* très-gonflés et rouges; *substance* du *poumon* saine et crépitante. — *Côté gauche.* Même rougeur des *ganglions bronchiques;* même *dilatation des bronches;* la membrane interne de ces conduits était colorée en rouge, et renfermait un mucus puriforme; *poumon* dans l'état naturel. — *Cœur et gros vaisseaux.* Les parois du *ventricule gauche du cœur* quatre fois plus épaisses que celles du *droit; valvules mitrale* et *tricuspide* rouges

et enflammées; rougeur très-vive de la *membrane interne de l'aorte* vers son origine. Cette rougeur se continuait dans les portions *thoracique* et *abdominale* de cette *artère*, et disparaissait vers sa *bifurcation*. — *Organes abdominaux*. *Estomac* sain et dans l'état naturel; *vaisseaux mésentériques* gonflés, distendus; *valvules conniventes de l'intestin grêle* très-prononcées; la *membrane muqueuse* offrait peu de rougeur; le *gros intestin* sain; beaucoup de vers trichurides dans le *cæcum* et dans le *colon ascendant*; quelques ascarides lombricoïdes dans le *colon transverse*.

Cette observation présente plusieurs choses à remarquer : 1° une coqueluche liée en partie à un catarrhe des bronches, et plus encore à la phlegmasie des ganglions bronchiques; 2° une récidive bien prononcée de la toux convulsive, dont l'enfant avait été déjà atteint trois ans auparavant; 3° une rougeole survenue au plus fort de la coqueluche; 4° une légère dilatation des bronches; 5° une inflammation de l'aorte s'étendant dans toute la longueur de cette artère à sa surface interne, et sur les valvules du cœur; 6° un état sain et naturel des deux poumons et de l'estomac.

Quant au traitement, il fut en général très-actif. On employa inutilement la poudre de belladone et l'eau distillée de laurier-cerise, qu'il fallut supprimer promptement en raison des accidens qui commençaient à se manifester : les antiphlogistiques seuls étaient indiqués. Je pense que les bains auraient pu être utiles.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phlegmasie des ganglions bronchiques, suivie d'une rougeole et d'un épanchement séreux dans l'arachnoïde, qui amena la mort.

Denis Placide, âgé de deux ans, était malade depuis douze jours : toux fréquente et sèche, conjonctives injectées, larmoiement, anorexie, soif vive, mouvement febrile vers le soir, selles naturelles. (On appliqua un vésicatoire au bras.)

Le 16 mars, entrée à l'hôpital.

Le 17, toux fréquente ; larmoiement, pouls accéléré, soif, érythème sur le ventre et les cuisses. (Infusion de mauve, julep huileux, collyre adoucissant ; diète.)

Le 18, progrès de l'érythème ; moins d'irritation aux yeux, soif, beaucoup de toux.

Le 19, fièvre, cris plaintifs, toux sèche.

(Julep huileux, contenant deux grains de kermès ; cinq sangsues sur la poitrine.)

Le 20, éruption de rougeole ; fièvre, dévoiement. (Infusion de fleurs de mauve et de bourrache édulcorée avec le sirop de gomme, julep gommeux, un demi-lavement avec une décoction de têtes de pavots ; diète.)

Le 21, dévoiement ; toux sèche, sensibilité et rougeur des yeux. La rougeole s'étendit sur la face et sur les bras.

Le 22, légère amélioration.

Le 24 et le 25, peu de toux ; disparition de la rougeole, dévoiement.

Le 27, toux sèche, fréquente et convulsive, ayant le son de la coqueluche ; dévoiement. (Julep gommeux, un bouillon.)

Le 28 et le 29, augmentation des quintes de toux ; fièvre légère. (Cinq sangsues sur la poitrine.)

Le 30, fièvre ; même état de la toux, poitrine sonore à la percussion.

Le 31, quintes de toux fréquentes ; diarrhée, un peu de sensibilité du ventre. (Julep gommeux avec sirop de coquelicot, pédiluve sinapisé.)

Le 1er avril, continuation de la coqueluche ;

dévoiement, somnolence, abattement. (Un vésicatoire sur la poitrine.)

L'enfant mourut dans la soirée, à la suite de convulsions.

Ouverture du corps. — *Cavité crânienne.* Sérosité abondante à la surface de l'*arachnoïde* et dans les fosses occipitales supérieures et inférieures; *cerveau* mou et sain. — *Organes respiratoires.* Le *larynx*, la *trachée-artère* et les *bronches* étaient absolument dans l'état naturel; ces dernières contenaient des mucosités; *poumons* parfaitement sains et crépitans; *ganglions bronchiques* tuméfiés et rouges. — Le *cœur* ne présentait aucune altération. — *Organes abdominaux. Estomac* parfaitement sain, aussi-bien que l'*intestin grêle.* La *membrane muqueuse* du *cæcum* et de la plus grande partie du *colon* offrait une couleur rosée. *Cette membrane*, dans la *portion iliaque* du *colon* et dans le *rectum*, paraissait très-rouge et injectée. Le *foie* était extrêmement pâle; sa *vésicule* contenait une bile verdâtre.

On peut remarquer dans l'histoire de ce malade, 1° une coqueluche simple, *non catarrhale*, mais liée uniquement à une *inflammation* des *ganglions bronchiques* : tout le conduit aérien

et les poumons offraient une intégrité parfaite; 2° une éruption de rougeole, dont la durée fut assez courte, et qui fit place à une phlegmasie du colon et du rectum caractérisée par la diarrhée, son plus saillant symptôme; 3° un épanchement séreux à la surface de l'arachnoïde cérébrale, qui amena promptement les convulsions et la mort.

Le traitement n'offre aucune particularité notable.

TROISIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phlegmasie des ganglions bronchiques, suivie d'un volvulus, ou invagination du gros intestin, et d'une entérite qui se termina promptement par la mort.

André Chassagne, âgé de trois ans, était malade depuis deux mois. Il avait commencé, vers cette époque, à éprouver une toux violente, sans expectoration, mais accompagnée de vomissemens muqueux, de diarrhée, de soif et de fièvre, avec redoublement le soir.

Depuis quinze jours, la toux avait pris le caractère de la coqueluche; les pieds et les mains étaient œdématiés.

Le 31 mars, entrée à l'hôpital; langue blanchâtre et humide, peu de soif, ventre volumineux et souple, pouls petit et fréquent, quintes de toux par intervalles éloignés.

Le 1er avril, peu de sommeil ; soif vive, toux sèche et quinteuse, poitrine sonore à la percussion, état de maigreur extrême, pas de dévoiement. (Infusion de mauve, julep gommeux, cinq sangsues au côté gauche de la poitrine.)

Le 2, toux quinteuse très-violente, accompagnée de vomissemens muqueux ; léger dévoiement, état d'abattement et de faiblesse.

L'enfant mourut dans la nuit du 3 au 4 avril, à la suite de convulsions longues et répetées.

Autopsie cadavérique. La *tête* ne fut pas ouverte. Tous les *organes de la poitrine* etaient parfaitement sains, les *bronches* dans l'état naturel, les *ganglions bronchiques*, au contraire, rouges et volumineux. L'aorte contenait beaucoup de sang. Dans l'*abdomen*, l'*estomac* et les *intestins grêles* se trouvaient sains : ces derniers distendus par des gaz. La *cavité péritonéale* contenait plusieurs onces de sérosité limpide.

Les *gros intestins* offraient la disposition suivante : le *cæcum*, le *colon ascendant* et le *colon transverse* ne s'apercevaient nullement. La fin de l'*iléon* allait se perdre dans le *colon descendant*, qui formait à sa partie supérieure une large ouverture, à rebords lisses, dans laquelle se plongeait aussi une portion du *pancréas*, en-

traînant avec elle une partie du *duodénum*. Dans l'intérieur du *colon descendant*, qui paraissait fortement distendu, se trouvaient le *cæcum* avec son *appendice vermiculaire*, le *colon ascendant* et le *colon transverse*. La *membrane muqueuse du colon* était d'un rouge obscur, et se trouvait recouverte d'une fausse membrane mince et grisâtre.

Il résultait de cette disposition que le *cæcum* paraissait avoir commencé le premier à s'invaginer. Entré dans le *colon*, il était monté dans cet intestin, entraînant après lui son *appendice vermiculaire* et la fin de l'*iléon*. A mesure qu'il avançait dans le *colon*, ce dernier se retournait sur lui-même, et le *cæcum* avait pu arriver ainsi jusque dans le commencement du *rectum*.

Cette observation offre, comme la précédente, l'exemple d'une coqueluche simple coïncidant avec la *phlegmasie des ganglions bronchiques*. L'enfant qui en était atteint se trouvait singulièrement affaibli, et aurait péri un peu plus tard des suites de l'hydropisie, si l'invagination intestinale, qui se produisit d'une manière subite, et l'entérite, qui en fut la conséquence, ne l'avaient promptement emporté. Quelle fut la cause du volvulus? Etait-il le ré-

sultat des efforts de la toux convulsive? et le malade y était-il disposé par l'état de faiblesse extrême où il se trouvait? C'est ce qui est assez probable ; mais on ne peut guère l'affirmer d'une manière positive.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie pulmonaire, suivie et compliquée d'une entérite. — Terminaison par la mort.

Un enfant de quatre ans et demi fut atteint de la coqueluche vers la fin de janvier. Deux mois après. il eut une rougeole qui suivit sa marche ordinaire. La coqueluche durait toujours, et persistait encore deux mois après la disparition de l'éruption. Pendant tout ce temps, le malade eut de la fièvre, avec redoublement le soir, et il maigrit beaucoup. Il fut pris, vers le commencement d'avril, d'une entérite caractérisée par du dévoiement, de la fièvre, de la douleur à l'abdomen, et il fut amené à l'hôpital.

La coqueluche poursuivait sa marche ; mais les quintes étaient moins fortes et moins fréquentes; la poitrine rendait un son mat à la percussion. Le dévoiement résista à tous les moyens thérapeutiques mis en usage, tels que l'eau gommée, l'eau de riz, les juleps gommeux,

les lavemens amidonnés, la décoction blanche, les cataplasmes sur le ventre. L'enfant périt, au bout de trois semaines, dans un état de maigreur extrême.

L'*autopsie cadavérique* démontra que la *trachée-artère* et *les bronches* étaient parfaitement saines. L'*estomac* se trouvait aussi dans l'état naturel; les *ganglions bronchiques* étaient convertis en matière tuberculeuse; les *poumons* présentaient également dans leur lobe supérieur des kystes remplis de tubercules; leur lobe inférieur était endurci, hépatisé. Le *foie* et les *ganglions mésentériques* offraient beaucoup de tubercules enkystés, les uns durs, les autres en suppuration. La *membrane muqueuse de l'iléon* et celle du *colon* étaient rouges, fortement enflammées.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie tuberculeuse des ganglions bronchiques. — Terminaison par la mort.

Joseph Poirier, âgé de trois ans et demi, eut la rougeole au commencement de janvier. Elle fut très-benigne; mais la toux qui l'accompagnait persista depuis cette époque, et prit bientôt les caractères de la coqueluche. Quintes fréquentes, surtout dans la nuit; vomissemens

de matières glaireuses, fièvre lente, insomnie, amaigrissement. Tel etait l'état de ce petit malade lorsqu'il entra à l'hôpital, le 19 février. (Infusion de mauve édulcorée, julep gommeux.)

Les jours suivans, la coqueluche acquit de l'intensité; quintes de toux violentes, expirations répétées et convulsives, suivies d'une longue inspiration sifflante, rougeur et gonflement de la face et des yeux durant l'accès, dyspnée, accélération du pouls. La poitrine percutée rendait un son mat à gauche et en arrière. (Six sangsues dans cette région, julep gommeux.)

Dans les derniers jours du mois, la toux resta la même; l'amaigrissement faisait des progres. (Julep gommeux, poudre d'ipécacuanha, six grains en une prise; application sur l'épigastre d'un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de huit grains d'émétique.)

Cependant les symptômes persévérèrent. La toux continua avec autant de violence, ainsi que la fièvre. L'enfant s'affaiblit peu à peu, et mourut le 12 mars.

Ouverture du corps. État de marasme général. — *Organes vocaux et respiratoires. Larynx, trachée-artère* et *bronches* dans l'état naturel;

pas de rougeur à leur *membrane muqueuse*. Les *bronches* et la *trachée* étaient remplies de mucosités. Les dernières *ramifications bronchiques* contenaient une assez grande quantité de pus jaunâtre qui sortait des ouvertures béantes, résultant de la section des poumons par l'instrument. *Poumon droit* adhérent, dans un point isolé, aux côtes, par un tissu cellulaire lâche; du reste, sain dans son tissu, crépitant et surnageant. *Poumon gauche* également sain, excepté en arrière et en bas, où il était ferme, non crépitant, et plus pesant que l'eau. Il offrait en plusieurs endroits de cette portion des plaques blanchâtres et opaques qui ressemblaient à de la matière tuberculeuse épanchée. Les *ganglions bronchiques* des deux côtés étaient tuberculeux. — *Abdomen*. Quelques traces éparses de rougeur sur la *membrane muqueuse* de l'*intestin grêle;* tous les autres organes sans altération. Les *ganglions mésentériques* seuls se trouvaient en partie tuberculeux.

SIXIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie pulmonaire. — Terminaison par la mort.

Henri Fiarcet, âgé de six ans, avait eu la rougeole à la fin de janvier. Depuis cette épo-

que, sa santé resta dérangée; il éprouva une toux sèche, qui prit en peu de temps le caractère de la coqueluche, s'accompagna de dyspnée, de vomissemens muqueux, de douleurs à à la région épigastrique.

Depuis trois semaines, fièvre lente, affaiblissement, maigreur, assoupissement continuel.

Le 1[er] mars, entrée à l'hôpital : pouls petit et fréquent, gêne de la respiration, toux par quintes, soif vive, inappétence, dévoiement, faiblesse extrême. (Eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme, une soupe.)

Les jours suivans, même état; pâleur, amaigrissement rapide, fièvre lente, toux convulsive par intervalles, dévoiement, insensibilité et dépression de l'abdomen.

Ces symptômes continuèrent jusqu'au 19 mars, où l'enfant succomba dans un état de marasme complet.

Autopsie cadavérique. — Le *conduit aérien* et les *bronches* étaient dans l'état naturel : ces dernières pleines de mucosités, et même de pus. Le *poumon gauche* adhérent dans presque toute sa surface, mais plus intimement en arrière. *Son lobe supérieur* contenait deux cavernes assez étendues, communiquant l'une avec l'autre

par une large ouverture. L'intérieur de ces cavernes était vide et parcouru par des vaisseaux disséqués; leur surface était irrégulière, grisâtre, et semblait tapissée par une sorte de membrane mince, peu résistante. mais très-adhérente. Dans le reste de ce *poumon*, se voyaient quelques anciens tubercules, en partie s'uppurés, ainsi que d'autres cavernes. Le *poumon droit* était libre, et offrait aussi des tubercules. *Tout les organes abdominaux* sains et en bon état.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie pulmonaire, compliquée d'une affection scorbutique.—Terminaison par la mort.

Jaques Héricé, âgé de deux ans, avait la coqueluche depuis trois mois.

A dater d'un mois environ, il s'était développé à la paupière supérieure un bouton qui, après s'être ouvert spontanément, avait donné issue à une grande quantité de sang noir et fluide. D'autres boutons de même nature, se montrèrent successivement sur une grande partie de la face, s'ulcérèrent, et donnèrent aussi lieu à des écoulemens de sang.

Le 31 mars, entrée à l'hôpital : quintes de toux convulsive par intervalles éloignés, res-

piration fréquente, anorexie, nausées sans vomissement, pas de soif, langue humide et noirâtre, déglutition difficile, pouls presque insensible, peu de chaleur à la peau, état d'assoupissement. La face était couverte d'excoriations confluentes, arrondies, qui paraissaient être le résultat de l'ulcération des pustules, et étaient enduites d'un sang coagulé, formant des croûtes plus ou moins épaisses. Un vésicatoire, précédemment posé à la nuque, offrait une teinte grisâtre. L'enfant avait de l'agitation par intervalles. (Potion avec l'eau de menthe, l'eau de fleurs d'oranger et le sirop diacode, sinapismes aux pieds, frictions sur la poitrine avec la pommade émétisée, application de poudre de quinquina et de cérat sur le vésicatoire et sur les ulcérations de la face.)

L'enfant mourut dans la nuit suivante.

Inspection anatomique du corps. — État extérieur. Les ulcérations de la face étaient couvertes d'une couche de sang desséchée, d'un rouge noirâtre, très-adhérente. Le *tissu cellulaire subjacent* était infiltré, et présentait çà et là un tissu ferme, comme lardacé. Les parties latérales de la face étaient très-gonflées; de semblables ulcérations se faisaient remarquer en plusieurs endroits sur les bras. Les ganglions

sous-maxillaires étaient rouges et très-volumineux. — *Thorax. Poumon droit* sain et crépitant. Le *poumon gauche* contenait supérieurement un grand nombre de tubercules assez volumineux, non suppurés... Intégrité parfaite de la *trachée-artère* et des *bronches*. — Les *intestins* dans l'état naturel, aussi-bien que tous les autres *organes de l'abdomen*.

HUITIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie et pleurésie. — Terminaison par la mort.

Pierre Bonaventure, âgé de quatre ans et demi, était malade depuis plusieurs mois. Ce jeune enfant offrait une maigreur extrême; il avait habituellement le pouls fréquent, avec redoublement le soir; gêne de la respiration; toux fréquente, sèche, et par accès convulsifs, quelquefois prolongés. Tout le côté gauche de la poitrine rendait un son mat. Il survenait, par intervalles, de la diarrhée, de la bouffissure à la face. L'enfant conservait néanmoins encore un peu d'appetit et de sommeil; mais il s'affaiblissait de jour en jour.

Il mourut le 17 février, dans le dernier degré de marasme.

Autopsie cadavérique. — Thorax. Le *côté*

gauche de cette cavité faisait une saillie considérable; percuté, il rendait un son très-mat (c'était de ce côté que le malade s'était constament tenu couché). La *Poitrine* ayant été ouverte, ainsi que le *péricarde*, on voyait le cœur fortement refoulé à droite. Il sorti de ce côté de la poitrine une grande quantité de pus blanc et opaque, qu'on pouvait évaluer à une pinte, à peu près. La plèvre était très-épaissie, recouverte de fausses membranes blanches; rouge et injectée à sa surface. Le *poumon du même côté* était refoulé contre le médiastin, diminué de volume, complètement endurci; il offrait en plusieurs endroits des paquets de tubercules, dont quelques-uns étaient en suppuration. — *Poumon droit* adhérent et tuberculeux. La *trachée-artère* et les *bronches* ne présentaient aucune altération. — *Abdomen. Estomac* sain. La *membrane muqueuse de l'intestin grêle* était de couleur rosée; en plusieurs endroits, elle présentait des ulcérations isolées, rouges, et à bords irréguliers. Le *colon* était rouge à l'intérieur, fortement enflammé, ainsi que le *rectum*: ces *intestins* contenaient un grand nombre de tricocéphales. Il n'y avait pas de tubercules dans le *mésentère*.

Remarques sur la huitième observation et sur les quatre précédentes. On trouve dans ces observations des exemples de coqueluche compliquée d'une phthisie qui dépendait tantôt de la dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques, tantôt de celle du tissu pulmonaire, et d'autres fois enfin d'une affection tuberculeuse générale de ces organes et de ceux qui sont contenus dans l'abdomen. La dernière de ces observations offre une coqueluche à la fois compliquée de phthisie et de pleurésie. Mais ici le développement de la pleurésie paraît avoir été d'une date plus récente que celle de la phthisie pulmonaire. Ce n'était qu'une complication accidentelle, aussi-bien que l'entérite vermineuse, reconnue après la mort. Dans tous les cas précités, le traitement fut peu actif, nécessairement symptomatique, et entièrement infructueux. Il ne pouvait guère en être autrement. L'autopsie démontra l'existence de diverses altérations pathologiques qu'on avait déjà pu soupçonner durant la vie des malades, et qui étaient parfaitement conformes à la nature des affections qu'elles constituaient.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Coqueluche catarrhale compliquée d'une angine laryngo-trachéale et d'une phthisie pulmonaire. — Terminaison par la mort.

Guillaume Fatalon, âgé de deux ans, avait la coqueluche depuis six semaines.

Pendant le cours du mois de janvier, les quintes de toux furent très-fréquentes, s'accompagnèrent de rougeur à la face, de dyspnée, d'expuition de mucosités. Les quintes survenaient principalement le matin. Dans l'intervalle, le pouls conservait de la fréquence, le sommeil et les fonctions digestives s'exerçaient d'une manière naturelle; il se formait sur la face de petits boutons rouges, nombreux, légèrement excoriés.

Cet enfant s'affaiblit considérablement dans les premiers jours de février. La peau était constamment froide, la respiration laborieuse, le pouls fréquent et misérable.

Il mourut dans la nuit du 4 au 5 février.

Autopsie cadavérique. — Le *pharynx*, le *larynx*, la *trachée* et les *rameaux bronchiques du côté droit* étaient rouges à leur *surface muqueuse*, et recouverts d'une mucosité abondante et diffluente. Leur membrane n'était pas épaissie. Le *poumon droit* endurci et dense dans son

lobe supérieur, adhérait à la *plèvre*, dans un espace circonscrit, en haut et en arriere. Il présentait en cet endroit, près de sa *surface externe*, une caverne vide, assez grande pour contenir le bout du pouce, revêtue d'une membrane lisse, blanchâtre, communiquant avec d'autres petites cavités disposées en cul-de-sac, et avec des ramifications bronchiques. Dans le voisinage se trouvaient des tubercules à demi-suppurés, et un endurcissement de la substance du poumon. Toute la partie inférieure de ce viscère etait saine. Plusieurs *ganglions bronchiques* du même côté se trouvaient convertis en matiere tuberculeuse; le *poumon gauche* était sain, aussi-bien que les *ramifications bronchiques de ce côté*; le *péricarde* contenait une certaine quantité de sérosité; *tous les organes abdominaux* étaient sains; les *ganglions mésentériques* un peu volumineux.

Dans l'observation qui vient d'être tracée, on rencontre à la fois une bronchite, une laryngo-trachéite et une affection tuberculeuse du poumon gauche et des ganglions bronchiques du même côté. A laquelle de ces maladies faut-il attribuer le développement de la toux convulsive? Il semble naturel de regarder la

bronchite comme une des causes principales de la coqueluche, dont l'affection des voies aériennes et celle de l'organe pulmonaire ne seraient que des complications. Mais pourquoi ne pas admettre plutôt que la coqueluche s'est développée spontanément, sans avoir été déterminée par les autres affections, et qu'elle ne s'est trouvée qu'accidentellement compliquée de ces dernières. D'ailleurs l'affection tuberculeuse paraît ancienne, et elle est assez étendue, puisqu'elle occupe une grande partie du poumon affecté, et qu'il existe des cavernes et des tubercules suppurés. On serait donc porté à croire que la phlegmasie du conduit aérien fut consécutive à la phthisie pulmonaire, et produite par le séjour prolongé du pus sortant du poumon sur la membrane muqueuse trachéale et bronchique. Cela serait d'autant plus probable que les bronches n'étaient enflammées que du côté du poumon malade, et que le larynx, aussi-bien que le pharynx, participaient à cet état d'inflammation. La membrane muqueuse de ces derniers organes semble avoir été également affectée par le contact de cette matière purulente, dont l'enfant ne pouvait se débarrasser par l'expectoration.

DIXIÈME OBSERVATION.

Coqueluche catarrhale compliquée de pleurésie et de pneumonie, de tubercules bronchiques et d'ulcérations intestinales. — Terminaison par la mort.

Jean Desnoyers, âgé de trois ans et demi, avait eu pendant long-temps des convulsions et une affection vermineuse qui disparut complètement. Il jouissait depuis six mois d'une assez bonne santé, lorsqu'il fut atteint de la coqueluche vers le commencement du mois de mars. Depuis ce moment, sa santé se dérangea de nouveau d'une manière remarquable, et les convulsions se renouvelèrent.

Il entra à l'hôpital le 10 mai suivant. Quintes de toux fréquentes, éternuemens, nausées, rougeur de la face, convulsions à la suite des quintes, peu de sommeil, dévoiement, pouls dur et fréquent. (Tisane de mauve, julep gommeux, un vésicatoire à une jambe.)

Les jours suivans, même état; retour fréquent des quintes de toux et des convulsions, affaiblissement, pâleur de la face, décubitus ordinaire à droite, douleur au même côté durant l'inspiration, poitrine peu sonore de ce côté, irregularité et fréquence du pouls, céphalalgie. (Lait pur, un bouillon, potion calmante.)

Le 13, vomissemens spontanés ; ventre gonflé, très-douloureux ; toux quinteuse par intervalles, gêne de la respiration, fréquence du pouls. (Sirop d'ipécacuanha, une once, avec trois onces d'eau ; fomentations sur le ventre avec l'huile camphrée, cataplasmes sinapisés aux pieds.)

Le 14, toux fréquente et convulsive ; éternuemens, fréquence du pouls, langue blanchâtre, même sensibilité du ventre. (Émulsion d'amandes, deux onces, avec sirop diacode, un gros ; fomentations adoucissantes sur l'abdomen.) Dans la nuit, cris aigus, prolongés ; réveil en sursaut.

Le 15, état de calme, malgré la fréquence du pouls et la douleur abdominale, qui persévéraient ; langue blanchâtre, rose sur les bords.

Le 16 et le 17, toux sèche, petite, peu fréquente ; cris, agitation, pouls accéléré, affaiblissement. (Eau de mauve édulcorée avec le sirop de gomme, émulsion avec le sirop diacode, fomentations sur l'abdomen.)

Le 18, gêne extrême de la respiration ; refroidissement des extrémités, pâleur, insensibilité du pouls, convulsions.

La mort arriva dans le milieu de la journée.

Autopsie cadavérique. État d'embonpoint

général. La tête ne présenta rien de particulier. — *Thorax. Cavité droite.* Les deux surfaces de la *plèvre* étaient couvertes de fausses membranes blanches, épaisses et résistantes; elles contractaient déjà entre elles une légère adhérence. Le tissu de cette membrane séreuse était très injecté. Le *poumon* du même côté était endurci, très-rouge dans une partie de son *lobe inférieur*, et gagnait le fond de l'eau dans laquelle on le plongeait. Les *bronches de ce côté* se trouvaient enflammées; quelques *ganglions bronchiques* convertis en matière tuberculeuse. La *cavité gauche de la poitrine* était saine, aussi-bien que les organes qu'elle contenait. — *Abdomen. Estomac* dans l'état naturel. *Intestins grêles* très-distendus par des gaz. Leur *surface séreuse* présentait en plusieurs endroits une teinte noirâtre, avec apparence d'épaississement et d'opacité. A ces mêmes endroits correspondaient intérieurement, *sur la surface muqueuse*, des ulcérations d'une largeur variable, rouges et irrégulières sur leurs bords, qui ne dépassaient pas le niveau de cette surface muqueuse. Il y en avait une très-large et superficielle à la fin de l'*iléon. Tout l'intestin grêle* contenait beaucoup de matières bilieuses. Le *cæcum* et le reste du *gros intestin* offraient çà

et là une teinte rougeâtre de *la membrane muqueuse;* du reste, aucune ulcération. Ils contenaient des matières fécales peu consistantes. Le *péritoine* présentait des granulations tuberculeuses dans la région du *foie* seulement, tant au *bord antérieur* qu'à la *face convexe* de ce viscère, où il existait dejà des adhérences assez intimes. Les *ganglions mésentériques* étaient volumineux et noirâtres.

Cette observation présente, comme celle qui précède, plusieurs complications remarquables. Trois maladies principales, la bronchite, la pneumonie et la pleurésie, pourraient être ici regardées comme causes indirectes de la coqueluche. La pneumonie surtout paraît s'être développée la première; car elle était ancienne et latente. Elle peut avoir été suivie de la bronchite du même côté. La pleurésie, au contraire, paraît avoir été plus récente que les deux autres affections. Quant à l'état tuberculeux où se trouvaient quelques ganglions bronchiques, il était trop peu étendu et trop peu avancé pour avoir contribué à la persistance de la coqueluche, aussi-bien que l'affection abdominale, qui ne formait qu'une complication accidentelle. On doit enfin tenir

compte du tempérament singulièrement nerveux de l'enfant, aussi-bien que des convulsions qu'il avait eues à une époque antécédente, et qui reparurent en même temps que la toux convulsive.

Le traitement fut peut-être trop peu actif dans cette circonstance, où il se trouvait des signes évidens de pleuro-pneumonie. Les émissions sanguines paraissaient indiquées. Il est cependant douteux qu'un traitement énergique eût pu sauver le malade, puisqu'il devait succomber tôt ou tard aux altérations organiques profondes que l'autopsie fit reconnaître.

ONZIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie et pneumonie, compliquée d'ophthalmie et d'angine gutturale gangréneuse. — Terminaison par la mort.

Hippolyte Cohën, âgé de trois ans et demi, avait été atteint, au commencement de juillet, d'une ophthalmie dont les remèdes les plus actifs n'avaient pu diminuer la violence. Au bout de six semaines, l'inflammation parut se modérer, et il se développa une toux sèche, assez fréquente, qui prit, vers la fin d'août, le caractère de la coqueluche. Les quintes étaient accompagnées de sifflement, et suivies d'expec-

toration muqueuse. L'enfant n'avait pas de fièvre. On prescrivit la poudre de belladone, d'abord à la dose de deux grains en quatre paquets, puis successivement à celle de quatre, six et huit grains par jour. Il en résulta en fort peu de temps une amélioration sensible, et, le 10 septembre, les quintes de toux ayant presque entièrement cessé, on suspendit l'administration de ce médicament.

Les jours suivans, la coqueluche prit une nouvelle intensité; mais elle se modera vers la fin de septembre, et l'ophthalmie s'exaspéra aussitôt. Les deux yeux étaient également affectés. (Pédiluves chauds, hydromel pour boisson, julep huileux, collyre adoucissant, un vésicatoire à la nuque.)

Le 1er octobre, rougeur extrêmement vive des paupieres et du globe oculaire; impression de la lumiere douloureuse, constipation. (Calomel en poudre, six grains.)

Les jours suivans, même état; céphalalgie, encore quelques quintes de coqueluche. (Calomel, huit grains, en deux prises; julep huileux, avec un grain de kermès.)

Le 10 octobre, la constipation avait été remplacée par un dévoiement abondant; la coqueluche continuait sa marche, et s'accompagnait

de vomissemens muqueux. Quelquefois les vomissemens survenaient spontanément dans l'intervalle des quintes. L'ophthalmie s'exaspéra de nouveau, des taies se formèrent sur la cornée transparente. (Eau gommée édulcorée avec le sirop de gomme, julep gommeux, diète.)

Du 11 au 20. toux fréquente, avec quintes convulsives; affaiblissement progressif, pouls petit et fréquent, continuation du dévoiement. (Julep gommeux, avec huit grains d'oxyde de zinc.)

Le 20, gonflement et occlusion permanente des paupières; vive sensibilité des yeux, ouverture fistuleuse à la cornée droite, opacité complète de cette membrane des deux côtés. Toux sèche et fréquente, dyspnée, douleur à la gorge, déglutition difficile, soif intense, petitesse et fréquence du pouls, évacuations alvines copieuses, vomissemens spontanés, altération des traits de la face. (Eau gommée édulcorée, demi-lavemens mucilagineux, julep gommeux, look blanc, diète.)

Le 21, même douleur à la gorge; déglutition très-difficile, soif ardente, vomissemens spontanés, diminution légère du dévoiement, toux par intervalles, dyspnée, aphonie, cécité com-

plète, agitation, faiblesse extrême, pouls petit et irrégulier. (Eau vineuse, pédiluve sinapisé.)

L'enfant mourut le lendemain dans la matinée.

Autopsie cadavérique. — Organes vocaux et respiratoires. Le *larynx*, la *trachée* et les *bronches* étaient remplis de mucosités puriformes; nulle trace de rougeur sur leur *membrane muqueuse. Poumon gauche* adhérent à la plèvre en arrière et en bas, *son lobe inférieur* en partie hépatisé et en partie tuberculeux. *Poumon droit* hépatisé inférieurement et d'une pesanteur spécifique plus grande que celle de l'eau; adhérence de ses *lobes* entre eux. — *Organes circulatoires.* Le *péricarde* contenait environ deux onces de sérosité. Le *cœur* était rempli d'un sang fluide et de caillots fibrineux. — *Organes digestifs.* La *membrane muqueuse du pharynx* était rouge aux environs de la bouche. La *partie voisine de l'œsophage* était noire, gangrénée, et ulcérée dans l'étendue de deux pouces; le *tissu cellulaire sous-muqueux*, dans le voisinage *du larynx*, également noir et en partie détruit. *Œsophage* en bon état. L'*estomac* présentait à *l'intérieur* quelques plaques roses vers sa *petite courbure;* il s'y trouvait aussi un grand nombre de petits corps lenticulaires, rugueux

au toucher, et d'un aspect tuberculeux. L'*intestin grêle* contenait deux ascarides lombricoïdes ; du reste, il était en bon état, aussi-bien que le *gros intestin* et les autres *organes abdominaux*. — *Organes de la vision. Conjonctives* d'un rose pâle et blafard. *Œil droit.* Épaississement et opacité de la *cornée*, perforation du *milieu de cette membrane*, et procidence de l'*iris* à travers l'ouverture qui résultait de cette ulcération. *Bord pupillaire* de l'*iris* en partie détruit par la suppuration ; une portion de *cette membrane* était épaissie et blanchâtre. *Œil gauche. Cornée transparente* entièrement détruite, ulcération de l'*iris* vers *son bord pupillaire*. Une fausse membrane blanchâtre était appliquée sur *l'uvée*, dans la *chambre postérieure de l'œil.*

L'observation qu'on vient de lire offre un nouvel exemple de coqueluche sans aucune lésion des bronches et du conduit aérien. La maladie pouvait être liée, jusqu'à un certain point, avec l'endurcissement et l'état tuberculeux du poumon gauche. Le droit était également endurci, et présentait, aussi-bien que le gauche, des adhérences partielles qui indiquaient la préexistence d'une pleurésie. Quant

à la lésion organique particulière de l'estomac ; elle paraît avoir été purement accidentelle et étrangère à la toux convulsive. La coqueluche se trouvait, en outre, compliquée de deux maladies graves et remarquables, d'une ophthalmie double très-opiniâtre, qui, après avoir alterné long-temps avec la toux convulsive, finit par déterminer une cécité complète ; et d'une angine gutturale gangréneuse, dont les progrès rapides, réunis à ceux de l'affaiblissement général, amenèrent promptement la mort.

Le traitement, antiphlogistique dès le principe, fut ensuite sédatif et adoucissant. La belladone, prescrite à forte dose, produisit en peu de jours une diminution rapide des quintes de toux ; mais, après sa cessation, la coqueluche reparut avec plus de violence. Le calomel, administré à l'intérieur pour combattre la constipation et faire diversion à l'ophthalmie, n'eut pour résultat que d'occasionner le dévoiement ; et l'oxyde de zinc, qui ne fut employé que quelques jours, ne produisit aucun effet notable.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec phthisie pulmonaire, compliquée d'ophthalmie et d'entérite. — Terminaison par la mort.

Prosper Février, âgé de cinq ans, avait eu,

au commencement de septembre, une ophthalmie pour laquelle il fut traité quelque temps à l'hôpital. Peu de jours après sa sortie, il fut atteint de la coqueluche, et il rentra à l'hôpital le 30 du même mois. Il présentait alors l'état suivant : toux fréquente, avec quintes convulsives et inspiration sifflante; vomissemens muqueux à la suite de l'accès, respiration anhélante, fièvre légère, langue rose, selles naturelles. Le thorax, percuté, paraissait sonore. L'application du stéthoscope faisait entendre à la partie antérieure et latérale de la poitrine un léger râle muqueux. (Hydromel, julep huileux, ipécacuanha en poudre, huit grains dans de l'eau sucrée; cinq sangsues sur la poitrine, un bouillon.)

Les jours suivans, jusqu'au 6 octobre, même état; persistance de la toux convulsive, pouls fébrile. (On commença, le 6, à administrer la poudre de belladone. à la dose de quatre grains en quatre prises. Ce médicament fut ensuite porté à six et à huit grains par jour.)

Du 6 au 15, la coqueluche continua à montrer la même violence. Les quintes furent très-fréquentes, et s'accompagnèrent de vomissemens. La fièvre était continuelle, l'œil qui avait été précédemment enflammé recommença à

s'affecter. (On cessa, le 15, la poudre de belladone ; on prescrivit un julep huileux, un collyre adoucissant, et six sangsues à la tempe du côté malade.)

Du 15 au 20, nulle amélioration. La toux avait la même intensité. La poitrine, percutée de nouveau, paraissait sonore ; un peu moins cependant du côté droit. Le stéthoscope n'indiquait aucune différence sensible. L'expectoration était sanguinolente. (Quatre sangsues de chaque côté de la poitrine.)

Le 22, toux quinteuse et fréquente ; respiration gênée, peu de sommeil, dévoiement. L'ophthalmie persistait aussi d'une maniere opiniâtre. Une petite taie s'était formée sur l'œil gauche ; le droit était également enflammé. (Eau gommée édulcorée, ipécacuanha en poudre, douze grains dans de l'eau sucrée ; six sangsues à la poitrine, un vésicatoire entre les épaules, cataplasmes sinapisés aux pieds.) L'ipécacuanha produisit des vomissemens, l'enfant rendit quelques crachats épais ; il y eut une diminution passagère dans la violence de la toux.

Le 23 et le 24, dévoiement ; douleur au ventre, dans la région ombilicale et dans celle du cœcum, devenant plus sensible par la pres-

sion ; pouls fébrile. (Eau gommée, julep gommeux, cinq sangsues d'abord, et dix le lendemain, sur la région douloureuse de l'abdomen, lavemens amidonnés, diète.)

Le 25, légère diminution du dévoiement ; persistance des quintes de coqueluche, crachats puriformes. (Cataplasmes émolliens sur l'abdomen, lavemens adoucissans, un vésicatoire sur la région antérieure de la poitrine.)

Les jours suivans, jusqu'au 31, fièvre continuelle, avec redoublement le soir ; douleur abdominale, dévoiement, quintes de toux convulsive, affaiblissement progressif. On fit prendre à l'enfant, par erreur, deux onces de manne destinées à un autre malade.

Le 1er novembre, toux quinteuse par intervalles éloignés ; dyspnée, expectoration puriforme, dévoiement, affaiblissement. (Julep gommeux, crème de riz, application d'un second vésicatoire volant sur la région du sternum.)

Le malade mourut dans la journée du 3 novembre.

Ouverture du corps. — *Organes respiratoires. Côté gauche du thorax.* Les *bronches* étaient saines, remplies de pus, aussi-bien que la *trachée* et le *larynx*. *Ganglions bronchiques* tuber-

culeux. Le *lobe inférieur du poumon* était garni de tubercules en partie suppurés, et environnés d'un tissu pulmonaire endurci, semi-hépatisé. Le *lobe supérieur* était sain. — *Côté droit.* Les *bronches de ce côté* étaient également saines, les *lobes moyen* et *inférieur* du poumon remplis de tubercules suppurés ; les *ganglions bronchiques* très-volumineux et convertis en substance lardacée. — *Organes digestifs. Pharynx, œsophage* et *estomac* dans l'etat naturel ; ce dernier viscère contracté. *Intestin grêle* sain dans sa *partie supérieure*, rouge et enflammé *dans sa partie inférieure.* Le *cæcum* offrait à *l'intérieur* quelques plaques rouges ; le *colon* était pale, distendu par des gaz ; la *membrane muqueuse du rectum* rouge et boursoufflée. Le *foie* et tous les *autres organes* en bon état ; la *vésicule biliaire* distendue par une grande quantité de bile brune.

La nature de la coqueluche, chez ce malade, était analogue à celle de la précédente observation. Le traitement ne fut pas le même. On fut obligé de le modifier, à cause de l'entérite qui se manifesta. La poudre de belladone, prescrite à assez forte dose, et continuée pendant plus de huit jours, n'eut aucun résultat

avantageux. Loin de diminuer la fréquence des quintes de coqueluche, comme dans le cas précédent, elle ne fit qu'augmenter la fièvre et l'irritation générale, ce qui nécessita l'interruption de son usage.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Coqueluche catarrhale. — Guérison.

Mathurin, âgé de trois ans, de l'hospice des Orphelins, eut, vers le commencement de novembre, une ophthalmie qui se dissipa bientôt, et fit place aux symptômes suivans : toux sèche, avec douleur épigastrique; anxiétés, respiration gênée et bruyante, gonflement de la face, langue rouge, un peu de soif, pouls fébrile, abdomen légèrement gonflé et douloureux.

Il entra à l'hôpital le 20 novembre. La toux avait pris le caractère de la coqueluche, le pouls était fréquent, la respiration accélérée, les crachats sanguinolens. (Trois sangsues sur la poitrine, pédiluve sinapisé.)

Le 21 et le 22, même état; quintes de toux fréquentes, rougeur de la face, fièvre, respiration embarrassée, thorax sonore à la percussion. (Hydromel, julep huileux, quatre sangsues à la poitrine.)

Le 23, augmentation des quintes; fièvre, agitation, céphalalgie. (Un bain tiède.)

Le 24 et le 25, amélioration sensible; diminution des quintes. (On continua les bains.)

Le 27, fièvre; rougeur de la face, toux quinteuse, à intervalles rapprochés. (Trois sangsues à la poitrine.)

Le 28 et le 29, nouvelle amélioration, peu de fièvre. (Six sangsues à la poitrine.)

Il n'y eut que deux quintes dans la journée du 30. La toux perdit bientôt son caractère convulsif, et disparut entièrement.

L'enfant sortit guéri le 10 décembre.

Voici une coqueluche simple guérie en peu de temps par des moyens curatifs également très-simples, mais employés avec activité et persévérance. Un mois suffit pour faire disparaître entièrement cette maladie ordinairement si rebelle, et qui, dans ce cas particulier, était assez intense, malgré sa simplicité. Je suis persuadé que les bains tièdes ont été d'une grande utilité, et ont contribué, autant que les autres antiphlogistiques, à amener la convalescence, quoiqu'ils n'aient été employés que trois ou quatre jours. En les continuant plus long-

temps, on en eût sans doute retiré des avantages encore plus grands.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec pleurésie. — Guérison.

Jean-Baptiste Juliette, âgé de huit ans, était malade depuis près de deux mois. Il eut d'abord un léger catarrhe pulmonaire qui suivit sa marche naturelle. La toux avait presque entièrement cessé, lorsqu'elle reparut tout d'un coup avec une nouvelle violence. Elle était sèche, revenait par accès, et s'accompagnait de douleurs aiguës dans le côté gauche de la poitrine et dans la région épigastrique. La toux présentait d'ailleurs tous les caractères de la coqueluche. Il y avait de la fièvre, avec redoublement le soir, et une céphalalgie intense. Le malade entra à l'hôpital le 2 août.

Le 3, pouls fréquent, mou, développé; toux convulsive et sèche, respiration gênée, douleur vive au côté gauche de la poitrine, augmentée par l'inspiration et par la pression; soif, déglutition libre, langue rouge et un peu gonflée, constipation, céphalalgie, thorax sonore à la percussion. (Hydromel, julep huileux, application de huit sangsues, et ensuite

d'un cataplasme émollient au côté gauche de la poitrine; diète.)

Le 4, diminution de la douleur thoracique; même caractère de la toux, mais moins de fréquence des quintes; fièvre, constipation, nulle douleur à l'abdomen. (Julep huileux, pédiluve sinapisé, lavement adoucissant, diète.)

Le 5 et le 6, même état, avec une légère amélioration; peu de sommeil, toux sèche et quinteuse, constipation, langue blanchâtre. (Julep huileux, lavement, ipécacuanha en poudre, douze grains. Il en résulta quelques vomissemens muqueux.)

Le 7 et le 8, amélioration croissante; disparition de la douleur thoracique, mais encore un peu de fièvre et des quintes de coqueluche; peu de sommeil la nuit.

Le 9 et le 10, retour de l'appétit; selles naturelles, léger mouvement fébrile vers le soir; la toux était sèche, et conservait le caractère convulsif, mais elle était moins fréquente; les paupières étaient un peu bouffies. On administra à cette époque la poudre de belladone, à la dose de deux grains, en quatre prises. On la porta ensuite à quatre grains par jour, et on la continua jusqu'au 15 août. Elle produisit d'excellens effets contre le retour des quintes,

et parut diminuer réellement leur fréquence; mais elle détermina de la sécheresse à la gorge, de la soif, et un peu d'accélération dans le pouls, ce qui fit interrompre son usage. La coqueluche avait cessé complètement du 20 au 25 du même mois, et l'enfant ne tarda pas à sortir parfaitement guéri.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Coqueluche catarrhale. — Guérison.

Isidore-Alphonse Benoît, âgé de dix ans et demi, commença le 26 juillet à éprouver une toux opiniâtre, qui se reproduisait par quintes extrêmement violentes, et suivies de vomissemens glaireux. Les accès revenaient douze ou quinze fois par jour. Ils étaient plus fréquens dans la nuit, et ils troublaient le sommeil. L'appétit était diminué, la langue nette et humide, le ventre souple et sans douleur, la respiration assez libre, le thorax parfaitement sonore.

Il entra à l'hôpital le 4 du mois suivant : quintes de toux, avec inspiration sifflante et prolongée, respiration un peu difficile, crachats légèrement striés de sang, rougeur de la face pendant les quintes, langue humide. amertume de la bouche, douleur à l'épigastre, aug-

mentée par la pression ; peu de soif, pas de dévoiement ni de douleur abdominale, peau chaude et halitueuse, pouls dur et fréquent. L'application du stéthoscope sur les parois thoraciques faisait distinguer un léger râle muqueux semblable à celui qu'on observe dans les catarrhes ordinaires. (Eau gommée édulcorée avec le sirop de gomme, julep gommeux, saignée du bras de deux palettes, diète.)

Le 5 et le 6, même état ; un peu moins de rougeur à la face, quintes de toux moins fréquentes, crachats légèrement teints de sang. (Douze sangsues à la partie antérieure de la poitrine.)

Le 7, toux plus fréquente, avec quintes très-fortes ; pouls fébrile, chaleur à la peau, soif. (Hydromel, julep huileux, ipécacuanha en poudre, quinze grains, dans de l'eau sucrée.)

Le 8 et le 9, un peu moins de fréquence des quintes de coqueluche. (On prescrivit la poudre de belladone, à la dose de deux grains, en quatre prises.)

Le 10 et le 11, diminution des quintes ; sommeil plus tranquille, expulsion facile de crachats muqueux à la suite de la toux, rougeur de la face durant les quintes seulement. (Poudre de belladone, trois grains, en quatre paquets.)

Du 12 au 24, amélioration progressive; quintes moins fortes et moins fréquentes, pas de fièvre, sommeil paisible, appétit, selles naturelles. (On continua pendant tout ce temps la belladone, à la dose de quatre grains, en quatre prises.)

Le 25, la toux était beaucoup moins fréquente, et ne s'accompagnait plus de sifflement durant les accès; pouls naturel, un peu développé néanmoins dans la soirée; soif, sécheresse de la gorge. (Boissons adoucissantes, cessation de la belladone.)

Le 31, disparition complète des quintes de coqueluche; l'enfant n'avait conservé qu'une toux très-ordinaire, qui ne tarda pas elle-même à se dissiper par l'usage de l'infusion de lierre terrestre.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Coqueluche catarrhale compliquée d'ophthalmie. — Guérison.

Alexandre Dugayve, âgé de deux ans, était traité depuis plusieurs mois, à l'hôpital, d'une ophthalmie chronique dont les deux yeux se trouvaient également affectés. Il éprouva le 28 septembre une toux sèche, avec mouvement fébrile dans la soirée. En peu de jours, la toux prit le caractère de la coqueluche, s'accompa-

gna d'inspiration sifflante, de dyspnée, de gonflement à la face, d'épistaxis à la suite des accès. (Eau gommée, julep gommeux, crème de riz, frictions sur l'épigastre avec la pommade émétisée.)

Du 1 au 5 octobre, augmentation des quintes; fièvre, respiration gênée. (Application de trois sangsues à la poitrine, et d'un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré d'émétique, sur l'épigastre.)

Le 8 et le 9, il se développa quelques pustules sur la région épigastrique par suite de l'application de l'emplâtre émétisé. La toux persistait avec la même violence, et les crachats, d'une expulsion difficile, étaient légèrement teints de sang. Le thorax était de tous côtés sonore à la percussion. (Une sangsue sur chaque côté de la poitrine, et un vésicatoire sur sa région antérieure.)

Du 10 au 15, même état; un peu de dévoiement, bouffissure légère de la face, même sonorité du thorax, râle muqueux constaté par le stéthoscope, fièvre, avec redoublement le soir. (Tisane gommée, julep gommeux, deux sangsues sur la poitrine.)

Le 15 et le 16, diminution du dévoiement et de la fièvre; fréquence des quintes de coqueluche.

On commença alors l'usage de la belladone, à la dose de deux et de trois grains par jour, et l'on continua ce remède jusqu'au 27. La toux diminua par degrés, et perdit enfin son caractère spasmodique, qu'elle ne reprit plus ensuite. Cependant l'ophthalmie acquit vers cette époque une nouvelle intensité, ce qui nécessita un traitement particulier auquel le petit malade fut encore long-temps assujetti.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Coqueluche catarrhale compliquée d'ophthalmie. — Guérison.

Louis-Achille David, âgé de six ans, était atteint d'une double ophthalmie depuis environ dix mois. L'œil droit était totalement obscurci, et le gauche fortement enflammé, lorsqu'il éprouva de la toux vers la fin du mois de juillet. Cette toux, d'abord sèche et rare, augmenta peu à peu de fréquence, et s'accompagna de symptômes fébriles. (Hydromel, julep huileux, cinq sangsues à la partie antérieure de la poitrine.)

Les jours suivans, la toux prit le caractère de la coqueluche ; elle se reproduisit par accès, avec inspiration sifflante et vomissemens muqueux. L'enfant avait de la fièvre, et expecto-

rait un peu. On continua l'emploi des adoucissans.

Le 21 août, on commença à prescrire la belladone, à la dose de quatre grains, et l'on augmenta successivement la dose de ce médicament jusqu'à sept ou huit grains par jour.

Cependant, vers la fin du mois, les quintes de coqueluche, loin d'éprouver de la diminution, semblaient redoubler de fréquence et d'intensité. Le malade éprouvait une fièvre continuelle, de la sécheresse à la gorge, de l'assoupissement. On remplaça la belladone par l'oxyde de zinc, dont on prescrivit huit grains dans un julep. La dose de ce dernier remède fut portée progressivement à quinze, dix-huit, vingt-cinq et trente grains, dans l'espace de vingt-quatre heures.

La coqueluche persévérant avec la même violence, et s'accompagnant toujours de vomissemens muqueux durant les accès, on cessa, le 10 septembre, l'oxyde de zinc, et l'on fit les prescriptions suivantes : infusion de lierre terrestre pour boisson, julep gommeux, avec une once de sirop de quinquina; application d'un emplâtre émétisé sur l'épigastre.

Vers la fin de septembre, la coqueluche parut s'apaiser; les quintes étaient moins violentes,

et les vomissemens abondans qui les accompagnaient soulageaient le malade. On continua le lierre terrestre et le sirop de quinquina.

Dans les premiers jours d'octobre, les quintes redevinrent un peu plus fréquentes ; mais elles s'apaisèrent ensuite, et l'ophthalmie reprit à son tour une nouvelle intensité. Un traitement approprié à cette dernière affection fut mis en usage, et parvint, avec le temps, à en triompher.

La coqueluche dura encore tout le mois d'octobre, mais avec moins de violence, et ne cessa complètement que vers le 15 du mois suivant. L'enfant sortit alors entièrement guéri.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Coqueluche avec catarrhe et pleurésie, compliquée d'une ophthalmie palpébrale. — Guérison.

Michel-Achille Noël, âgé de trois ans, de l'hospice des Orphelins, commença à éprouver les symptômes de la coqueluche vers la fin de septembre, et fut atteint, presqu'à la même époque, d'une ophthalmie palpébrale.

Le malade entra le 24 à l'hôpital des Enfans. Les quintes étaient assez fréquentes, la toux sèche, la respiration gênée, la poitrine dou-

loureuse, le pouls fébrile. (Eau gommée édulcorée, application de cinq sangsues à la poitrine, et ensuite d'un cataplasme émollient au même endroit.)

Les jours suivans, même état; constipation, pouls febrile, surtout le soir. (Hydromel, julep huileux, ipécacuanha en poudre, six grains, dans une once de sirop d'ipécacuanha.)

Le 1er et le 2 octobre, même violence des quintes; expectoration de mucosités sanguinolentes, soif vive, pouls fébrile, chaleur à la peau, face gonflée et rouge, douleurs thoraciques. (Cinq sangsues à la poitrine.)

Le 4, persévérance de tous les symptômes et de la fièvre. (Julep huileux, avec quatre grains d'ipécacuanha; poudre de belladone, quatre grains, en deux prises. Deux jours après, on en donna six grains en vingt-quatre heures, ce qui fut continué jusqu'au 22 octobre.)

La coqueluche, pendant tout ce temps, continua sa marche, mais avec un peu moins d'intensité.

Le 23, les quintes redoublèrent de violence; l'enfant éprouvait de l'oppression, de la douleur à la poitrine, de la soif, de la fièvre. Il rejetait par la bouche des mucosités légèrement teintes de sang. (Cessation de la belladone,

six sangsues à la poitrine, trois de chaque côté; huit grains de poudre d'ipécacuanha, en deux prises.)

La toux diminua vers la fin de ce mois, et l'ophthalmie devint à son tour plus intense.

Dans les premiers jours de novembre, les quintes de coqueluche cessèrent tout-à-fait, et la toux reprit son caractère ordinaire, comme dans les affections catarrhales simples; la fièvre disparut aussi.

Le 6 novembre, le malade fut repris de la fièvre; il eut beaucoup de toux sèche, de la soif, et il éprouva une douleur pleurétique très-aiguë au côté gauche de la poitrine. (Hydromel, julep huileux, six sangsues au côté douloureux.)

Même état les jours suivans.

Le 9, les quintes de coqueluche reparurent dans la nuit; expulsion de crachats sanguinolens, respiration gênée, douleur pleurétique au côté gauche, fièvre, insomnie. (Un vésicatoire sur le point douloureux.)

Du 10 au 30, la douleur pleurétique, diminuant progressivement, disparut tout à-fait; mais la toux resta convulsive et quinteuse, avec inspiration sifflante et retour des vomissemens muqueux. L'ophthalmie persistait toujours.

(On appliqua un vésicatoire à la nuque.)

La coqueluche poursuivit ainsi sa marche jusqu'au 15 décembre, époque où elle diminua beaucoup; elle finit ensuite par disparaître, pour ne plus revenir. L'enfant sortit de l'hôpital vers la fin du mois.

Remarques sur les cinq dernières observations. On peut, d'après ces observations, se faire une idée des avantages et des inconvéniens de la belladone. Ce médicament paraît avoir eu les plus heureux effets dans les quatorzième, quinzième et seizième observations. Employée dans la seconde période de la maladie, après l'administration préalable des adoucissans et des antiphlogistiques, qui furent évidemment nécessaires pour combattre les symptômes de la période inflammatoire, la poudre de belladone fit cesser en peu de temps la toux convulsive, détruisit l'espèce d'habitude nerveuse qui forme le caractère principal de la coqueluche lorsqu'elle se prolonge, et amena une guérison complète. Mais il n'en fut pas de même dans les deux dernières observations, où l'emploi intempestif de cette poudre presque dans le début de la maladie augmenta l'irritation générale, et produisit des accidens qui obligèrent

le médecin de la suspendre. Un des plus grands inconvéniens de la belladone consiste donc dans l'irritation qu'elle produit en déterminant de la soif, de la sécheresse à la gorge et de la fièvre.

L'oxyde de zinc, à forte dose, a paru diminuer la violence des symptômes dans quelques cas; mais son action n'est pas assez constante pour qu'on puisse y mettre une entière confiance.

Quant à l'ipécacuanha, donné comme vomitif, il a paru avantageux dans le principe de la maladie, lorsque l'irritation n'était pas trop forte.

Le lierre terrestre et le sirop de quinquina ont, au contraire, semblé plus utiles dans la dernière période de la toux convulsive.

Je terminerai cet article par deux autres remarques. La première a pour objet la complication de l'ophthalmie et de la coqueluche. Il n'est pas rare de voir ces deux affections alterner dans leur marche, et prendre tour à tour plus ou moins d'intensité. Cette complication est, au reste, une des plus fréquentes.

La seconde remarque est relative à la dix-huitième observation que je viens de rapporter. On y voit une coqueluche ayant l'aspect

catarrhal, se terminer au bout de deux mois; et huit ou dix jours après, cette même affection reparaître à la suite d'une pleurésie, durer encore au moins six semaines, et ne cesser que long-temps après la guérison de la phlegmasie.

CONCLUSIONS.

1° La coqueluche est une toux nerveuse particulière, de nature convulsive et intermittente, qui paraît être, dans quelque cas, essentielle ou idiopathique, mais qui est liée le plus souvent à une autre affection plus ou moins grave, qui modifie sa marche et son traitement.

2° La toux convulsive peut également continuer de paraître seule, pendant quelque temps, par un effet de l'habitude et d'une grande susceptibilité nerveuse, après la disparition des maladies qui l'ont accompagnée.

3° Quoiqu'elle soit presque exclusive à l'enfance, elle se développe aussi quelquefois dans l'âge adulte, comme il est constaté par l'observation. Elle est épidémique ou sporadique, et, dans certain cas, imitative; mais elle ne doit jamais être regardée comme contagieuse.

4° Les symptômes principaux ou caractères essentiels de la coqueluche sont, la toux avec

inspiration sifflante et sa périodicité, l'expulsion par la bouche de mucosités venant des voies aeriennes ou de l'estomac, et enfin l'absence complète de tous ces phénomènes dans l'intervalle des accès.

5° Les lésions cadavériques les plus ordinaires que la toux convulsive laisse après la mort sont : l'amas de mucosités dans les bronches, la rougeur de la membrane muqueuse de ces conduits, la tuméfaction des ganglions bronchiques, l'endurcissement inflammatoire du tissu pulmonaire, la phlegmasie de la plèvre, les tubercules siégeant dans les ganglions bronchiques ou dans le parenchyme du poumon, les lésions du cœur et de ses dépendances, etc., suivant la nature des maladies qui ont compliqué l'affection dont il s'agit ici.

6° Les espèces de coqueluche les plus fréquentes sont celles qui se trouvent compliquées de catarrhe bronchique, de pleurésie, de pneumonie, et de phthisie tuberculeuse. Je crois qu'on peut aussi admettre, avec Stoll, une coqueluche bilieuse. Mais on ne doit l'observer que très-rarement dans son état de simplicité.

7° Le prognostic varie suivant la nature de la maladie ou *ses espèces*. Il est par conséquent

subordonné au diagnostic, et il est d'autant plus grave que la maladie prédominante l'est davantage.

8° Toutes les espèces de coqueluche peuvent se combiner entre elles. Elles peuvent aussi être compliquées de diverses autres maladies. Les complications les plus fréquentes, après les maladies thoraciques, sont les inflammations intestinales et les ophthalmies.

9° La toux convulsive est sujette à des rechutes et à des récidives.

10° Le traitement de la coqueluche varie suivant les espèces de la maladie, suivant ses périodes et suivant ses complications. Dans la coqueluche simple et dans celle qui est accompagnée de catarrhe, les remèdes les plus convenables pendant la première période sont : les saignées locales ou générales, les boissons adoucissantes, les lavemens rafraîchissans, les pédiluves, les bains tièdes, et les légers antispasmodiques.

Lorsque la toux convulsive est arrivée à sa seconde période, on continue premièrement les moyens precédemment énumérés, si l'irritation persiste ; puis les expectorans, l'ipecacuanha, le kermès ou l'émétique, à diverses doses, et sous diverses formes ; deuxièmement

on emploie les sédatifs et les antispasmodiques, le camphre et le musc, la valériane en boisson ou en lavement, l'assa-fœtida, le castoréum, le laudanum de Sydenham, la poudre de racine de belladone, l'oxyde de zinc ; troisièmement les exutoires et les dérivatifs, les vésicatoires, les cautères, les sinapismes, les frictions avec la pommade stibiée.

Pendant la dernière période, on prescrit les boissons expectorantes, le lierre terrestre, l'oxymel scillitique, le kermès, les toniques, le quinquina et ses diverses préparations, le lichen d'Islande : on combine les toniques avec les sédatifs.

Dans la coqueluche compliquée d'affections autres que le catarrhe, par exemple, de pleurésie, de pneumonie, etc., on doit modifier le traitement suivant l'état du malade, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, et suivant le caractère *spécial* de la maladie principale.

Les moyens hygiéniques applicables au traitement de la coqueluche sont les mêmes que ceux qu'on emploie dans la plupart des affections catarrhales. Le traitement préservatif est fondé sur des données analogues, et tiré en grande partie de l'hygiène.

Je crois utile, en terminant ces conclusions, de citer quelques-uns des aphorismes que Stoll a donnés sur la coqueluche, dans sa Médecine pratique, et qui semblent parfaitement conformes à l'idée que je me fais de cette maladie. Les voici tels qu'on les trouve dans son ouvrage.

A. La toux convulsive, principalement l'épidémique, n'est absolument qu'une certaine *modification*, une variété d'une autre maladie qui domine dans la saison actuelle; elle croît, se soutient, et décroît avec la maladie principale.

B. Par conséquent, elle exige le même traitement que la maladie épidémique. C'est le *même* caractère et le *même* siége de la cause morbifique.

C. Il n'existe pas une toux, quelle que soit son origine, qui, dans un sujet *très-irritable*, comme le sont ordinairement les enfans du premier et du second âge, et les femmes délicates, ne puisse quelquefois être convulsive. Voilà pourquoi on emploie avec succès contre cette maladie des méthodes de traitement si différentes, et même si opposées.

D. Il n'existe point et il ne peut exister de remède spécifique de cette toux, dont le siege est si varié, et dont les causes sont si multipliées.

TROISIÈME PARTIE.

CONSIDÉRATIONS SUR PLUSIEURS MALADIES DE LA POITRINE ET DU CONDUIT DE LA RESPIRATION DANS L'ENFANCE ET DANS LA JEUNESSE.

Dans la première partie de cet ouvrage, je me suis attaché à faire ressortir, autant qu'il m'a été possible, les différences qui existent entre le croup et les diverses espèces d'angines. J'ai déjà parlé précédemment de l'*angine gutturale couenneuse*, et plusieurs des observations que j'ai réunies sur le croup se rapportant également à celle-ci, me paraissent suffire pour en donner une assez juste idée. Il me reste encore à m'occuper de l'angine variolique et des angines laryngées ordinaires, qui, lorsqu'elles sont très-intenses, peuvent simuler, jusqu'à un certain point, l'angine croupale. Je presenterai enfin quelques considérations pratiques sur plusieurs autres affections des organes respiratoires dans le jeune âge.

Les connexions plus ou moins intimes que ces dernieres maladies ont avec le croup et la coqueluche m'ont fait penser que, sans presque

rien ajouter de nouveau à leur histoire médicale, il ne serait pas inutile de les passer successivement en revue, et qu'une partie des observations que j'ai recueillies sur ces affections devait trouver ici naturellement sa place.

ART. 1. *De l'angine variolique.*

Cette angine est une des complications les plus dangereuses de la variole, dont elle est le résultat. On peut aussi l'appeler *croup variolique*. Ses symptômes, ses signes distinctifs, sa marche, sa durée, enfin ses terminaisons et son prognostic, sont à peu près les mêmes que ceux de l'angine croupale. Elle n'en diffère que par la concomitance de l'éruption qui lui a donné naissance, et par quelques-uns des caractères anatomiques. Dans l'une et dans l'autre maladie, la membrane muqueuse du conduit de la respiration est également atteinte de phlegmasie. Mais, dans l'angine variolique, il ne se forme pas de fausse membrane à la surface interne des voies aériennes comme dans le croup essentiel. A sa place, on trouve tantôt des plaques puriformes concrétées, tantôt des ulcérations de la membrane muqueuse; d'autres fois enfin des pustules varioliques bien caractéri-

sées, ou seulement des points rouges et saillans dont cette membrane paraît piquetée.

De toutes ces altérations, celles qui paraissent les plus remarquables, et dont la présence peut rendre raison des désordres qui se manifestent dans les fonctions de la voix et de la respiration, sont les concrétions puriformes, jaunâtres et adhérentes qui recouvrent l'intérieur des voies aériennes. Mais les autres espèces d'angine peuvent, dans certains cas, fournir le sujet d'observations semblables. Stoll (Médecine pratique, 1er vol.) avait déjà remarqué « que très-« souvent, dans les angines, les amygdales « enflammées laissent échapper une grande « quantité de la matière de l'inflammation, la-« quelle s'épaissit en forme de membrane au-« tour de ces parties, ou imite la suppuration. » Dans un autre endroit, cet auteur ajoute, à la suite d'une observation de pleuro-pneumonie (20e ouverture cadavérique) : « Cette matière, « dont une portion *ressemblait* à du pus, tandis « que l'autre formait des membranes qui unis-« saient entre eux ou qui recouvraient des vis-« cères, paraît être la même que celle du sang « des saignées, et que l'on appelle la *couenne* « *inflammatoire;* c'est par une mauvaise crise « que quelquefois les extrémités des vaisseaux

« exhalans la déposent dans des cavités du « corps où la nature ne lui a pratiqué aucune « issue. »

Ces remarques de Stoll s'accordent parfaitement avec ce que j'ai dit dans la première partie de cet ouvrage sur la théorie de la formation du croup et sur ses modes de terminaison. J'ai aussi rapporté, parmi mes observations du croup, deux histoires d'angine croupale essentielle non membraneuse, dont les caractères anatomiques ont beaucoup d'analogie avec ceux de l'angine variolique. (Voy. les 14[e] et 15[e] observations.)

Le traitement de l'angine variolique est entièrement antiphlogistique, comme celui du croup. Les saignées locales et générales, les vomitifs, les boissons rafraîchissantes, les lavemens, les pédiluves chauds, les bains tièdes et les vésicatoires doivent en être la base.

Sans insister davantage sur l'emploi de ces moyens curatifs, je renvoie à ce que j'ai dit précédemment sur le traitement du croup, et je me hâte de rapporter deux observations d'angine variolique qui peuvent donner une idée assez exacte de cette maladie.

ART. II. *Observations.*

PREMIÈRE OBSERVATION.

Angine variolique, pharyngo-laryngée, compliquée d'une gastro-entérite. — Terminaison par la mort.

Joseph Clerc, âgé de dix ans, entra à l'hôpital des Enfans le 12 avril 1819, atteint d'une variole confluente parvenue au dixième jour. Plongé dans la plus affreuse misère, cet enfant n'avait été soumis auparavant à aucun traitement médical.

Les pustules, extrêmement nombreuses sur toute la surface du corps, commençaient à s'excorier; la face était gonflée; les paupières rapprochées et dans un état de tuméfaction considérable couvraient entièrement les yeux. Le pouls était dur et fréquent, la respiration gênée et bruyante, la langue blanchâtre, la bouche remplie d'une salive visqueuse, les facultes intellectuelles conservées, les forces abattues. (Saignée du bras de deux palettes, sinapismes aux pieds, deux vésicatoires aux cuisses, boissons délayantes.)

L'oppression fit des progrès dans la soirée et dans la nuit. Il y eut perte de connaissance.

Le 13, soif vive, douleur à la gorge, fréquence et gêne extrême de la respiration, pouls fébrile, évacuations alvines, prostration, délire. (Infusion de mauve édulcorée avec le sirop de gomme.)

Cet état d'agonie persista jusqu'au 14. L'oppression fut toujours la même. Le malade répondait aux questions qu'on lui adressait, mais d'une voix éteinte; il demandait à chaque instant à boire, et buvait peu à la fois; la déglutition pouvait encore s'exécuter, mais elle provoquait une toux pénible et rauque.

L'enfant expira le même jour à midi.

Autopsie cadavérique. — *Conduit de la respiration.* Le *pharynx* et le *larynx* étaient très-rouges à leur *surface interne*, qui était couverte de plaques puriformes, épaisses et tenaces; on n'y remarquait pas de pustules. Le commencement de la *trachée* offrait une couleur rose. *Organes thoraciques.* — Les *bronches* étaient saines; les *poumons* parfaitement libres, crépitans et pâles; le *cœur* peu volumineux; le *péricarde* distendu par une sérosité abondante. *Organes abdominaux.* — La *membrane muqueuse de l'estomac* était fortement injectée et d'un rouge assez généralement intense; celle du *duodénum* était rouge aussi, principale-

ment sur les valvules conniventes. Il en était de même de l'*intestin grêle* et du *cæcum*, qui contenaient vingt-sept vers lombrics. Le reste du *gros intestin* ne présentait aucune altération.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Angine variolique, pharyngo-laryngée. — Terminaison par la mort.

Antoine Astel, âgé de dix ans, eut pendant deux ou trois jours un *embarras gastrique*, qui ne tarda pas à se dissiper.

Peu de temps après, le 13 janvier 1819, il survint des vomissemens, de la céphalalgie, de l'inappétence, de la soif, des douleurs dans les régions lombaires, de la fièvre et de l'insomnie.

Le lendemain 14, éruption de boutons arrondis sur les mains et sur les avant-bras ; larmoiement, rougeur de la face, pouls fébrile. (Tisane de bourrache gommée.).

Le 15, la face, les bras et les membres inférieurs se couvrirent de petits boutons roses, proéminens, sans démangeaisons ni picotemens; sensibilité des yeux, langue blanche et humide, rouge vers la pointe; douleur à la gorge, déglutition difficile, toux rare et sèche.

respiration embarrassée, abdomen douloureux, diarrhée, pouls très-accéléré, chaleur à la peau, céphalalgie, inappétence, soif vive. (Orge avec oxymel simple, cataplasmes sur l'abdomen, lavement, diète.)

Le 16, rougeur et gonflement de la face, toux sèche et pénible, dyspnée, langue un peu sèche, vomissemens spontanés, fièvre.

Le 17, agrandissement des pustules varioliques; elles étaient devenues très-nombreuses et confluentes à la face, soif, sécheresse de la langue, douleur à la gorge, déglutition difficile, toux rauque, oppression.

Le 18 et le 19, même état, augmentation de la douleur à la gorge, toux trachéale, dyspnée, petitesse et mollesse du pouls, faiblesse extrême, constipation, soif ardente, tuméfaction de la langue, déglutition de plus en plus embarrassée. Les pustules étaient confondues sur plusieurs régions, surtout à la face et sur le cou; plusieurs offraient un centre déprimé et noirâtre; cela se remarquait aussi sur les extrémités inférieures. (Huit sangsues au cou, un vésicatoire à la nuque, pédiluves sinapisés.)

Le 20, le pouls reprit de la fréquence; la toux, la douleur à la gorge et les autres sym-

ptômes persistaient, la face était d'un rouge livide.

Le 21, état de prostration, faiblesse considérable, toux *croupale*, voix éteinte. léger délire par intervalles, les pustules formaient de larges phlyctènes, surtout aux avant-bras. (Eau vineuse, vésicatoires camphrés aux jambes.)

L'affaiblissement continua dans la journée, la respiration s'embarrassa plus que jamais, et le malade succomba dans la matinée du 22.

Autopsie cadavérique. — Extérieur du corps. La *face* et les avant-bras étaient très-rouges, le derme paraissait à nu, l'épiderme s'étant enlevé avant la mort. Dans plusieurs autres régions, où ce dernier existait encore, on pouvait le détacher facilement par larges plaques; dans quelques endroits les pustules étaient isolées et affaissées. — *Cavité du crâne.* Le *cerveau* était ferme, consistant. nullement injecté; l'*arachnoïde* contenait peu de sérosité. — *Organes respiratoires.* Les *poumons* étaient sains, crépitans, sans engouement. Le *pharynx*, le *larynx*, la *trachée* et les *bronches* jusque dans leurs dernières *ramifications*, étaient le siége d'une vive phlegmasie. Dans les deux premières parties surtout, la *membrane muqueuse* était d'un rouge noirâtre,

comme excoriée, épaissie, recouverte d'une couche de matière purulente, jaunâtre, adhérente, mais non organisée en membrane. Dans la *trachée* l'inflammation ne paraissait pas avoir été portée à un si haut degré; il y avait de la rougeur et une couche de pus sur sa *membrane interne.* On y voyait distinctement des pustules varioliques, petites et blanches; elles étaient surtout nombreuses vers la *bifurcation de la trachée.* On en apercevait également d'autres isolées et très-petites, *dans les ramifications bronchiques.* Les *ganglions sous-maxillaires* et la *glande* du même nom se trouvaient très-gonflés. — L'*estomac* et les *intestins* contenaient une assez grande quantité de matières bilieuses, d'un jaune doré. Ces visceres étaient dailleurs dans l'etat naturel.

ART. III. *Des angines laryngées et trachéales.*

Ces angines peuvent, chez les enfans, présenter un tel degré d'intensité, qu'en voyant d'abord leur symptômes et la rapidite de leur marche, on serait tenté de croire à l'existence d'un croup. Cependant le genre d'altération de la voix n'est pas le même, et le danger, quoique très-grand, n'est pas aussi redoutable que celui de l'angine croupale. Le traitement doit

être également antiphlogistique et très-actif. Les indications sont d'ailleurs plus simples et plus faciles à saisir que celles du croup, et les chances de succès plus favorables. L'observation qui suit offre un tableau fidèle des phénomènes qui caractérisent ces affections, dont l'histoire se trouve dans tous les ouvrages de pathologie.

ART. IV. *Observation.*

Angine laryngée intense, simulant le croup, terminée par la convalescence.

Pierre Lachaud, âgé de neuf ans, était affecté depuis plusieurs mois d'une ophthalmie chronique. Il toussait à peine depuis deux jours, et à de longs intervalles, l'inflammation des yeux avait même été un peu diminuée par l'application des sangsues et d'un vésicatoire au cou, lorsque le 9 octobre 1819, à onze heures du matin, il fut pris subitement d'une toux rauque, très-pénible, et d'oppression considérable, avec respiration sifflante, rougeur et tuméfaction du pharynx et des tonsilles, fièvre ardente et soif vive. (Hydromel, trois pots; potion vomitive, seize sangsues sous la mâchoire inferieure, cataplasmes autour du cou, sinapismes aux pieds.)

Vomissemens dans la journée, persistance de la fièvre, délire à dix heures du soir. (Nouvelle application de sinapismes aux pieds, cataplasme émollient autour du cou.)

Le lendemain 10, même état des symptômes; le délire avait cessé, la toux était un peu moins fréquente et moins rauque, la poitrine percutée résonnait bien partout. (Six sangsues au cou, émétique, un grain, dans quatre onces d'eau; pédiluve sinapisé.)

Le 11, amélioration sensible, constipation, peu de fièvre. (Hydromel, julep huileux, avec un grain de kermès, pédiluve.)

Le 12, diminution de la toux, pouls naturel, pas de douleur au larynx ni à la poitrine, une évacuation alvine. (Julep huileux, pédiluve, un bouillon.)

Le 13 et le 14, disparition de tous les phénomènes précédens. Guérison.

ART. V. *De l'œdème de la glotte.*

Cette maladie est peut-être celle qui a le plus d'analogie avec le croup, sous le rapport des caractères physiologiques. Aussi le diagnostic est-il extrêmement difficile, et voit-on quelquefois des médecins, d'ailleurs expérimentés, prononcer que le croup existe, tandis que l'œ-

dème de la glotte donne seul naissance à tous les désordres qui s'observent en pareille circonstance. Mais les caractères anatomiques sont totalement différens de ceux de l'angine croupale. Ils consistent dans un gonflement œdémateux du tissu cellulaire sous-muqueux du contour de la glotte, et souvent aussi de l'épiglotte et de l'ouverture supérieure du larynx. Hors les cas de complication, la membrane muqueuse des voies aériennes conserve sa couleur naturelle, et n'offre aucune apparence de phlegmasie.

Si l'on conçoit bien pourquoi le croup entraîne la mort en s'opposant à l'exercice de la respiration, on concevra sans peine aussi de quelle manière le rétrécissement de l'ouverture supérieure du larynx, résultant de la maladie qui nous occupe, peut donner lieu à tous les symptômes qui s'observent alors, et déterminer la suffocation.

Le prognostic de l'œdème de la glotte est au moins aussi grave que celui du croup ; mais quoique le danger et les symptômes soient à peu près les mêmes, le traitement est loin d'être semblable.

Les antiphlogistiques sont rarement nécessaires dans l'œdème de la glotte. Les vomitifs à dose nauséabonde, les vésicatoires multipliés,

le calomel à l'intérieur, ou même les frictions mercurielles à l'extérieur du cou, sont plus particulièrement indiqués. Lorsque ces moyens ne produisent aucun effet dans les premiers momens de la maladie, il faut, sans perdre de temps, pratiquer la trachéotomie; car la marche de la maladie est si rapide, qu'elle fait souvent périr le malade en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures. L'opération de la trachéotomie dans l'œdème de la glotte présente plus de chances de succès que dans le croup. Faite à propos, elle peut sauver les malades, à moins qu'il n'existe en même temps d'autres complications mortelles. La maladie, en effet, réside toujours dans la partie supérieure du larynx, tandis que le croup siége souvent aussi dans la trachée ou dans les bronches.

On voit, d'après cela, de quelle importance il est d'établir le diagnostic de l'œdème de la glotte, ce qui n'est malheureusement pas toujours facile. Voici néanmoins les principaux caractères qui le distinguent du croup. Ce sont: l'absence de la douleur à la région du cou, même par la pression; l'absence de la fièvre dans le cas où il n'existe pas une complication phlegmasique, la concomitance d'une autre

hydropisie, d'une ascite, d'une anasarque, d'un état presque constant de bouffissure à la face et aux paupières; la rareté ou l'absence de la toux. Quant aux autres signes du croup, tels que l'altération de la voix ou son extinction prompte, la respiration difficile et sifflante, le son croupal de la toux, ils se remarquent également dans l'œdème de la glotte.

Il est bon de noter aussi que l'affection dont il s'agit est souvent symptomatique, et qu'elle est par conséquent précédée, pour l'ordinaire, de diverses maladies, particulièrement de phlegmasies aiguës ou chroniques de la poitrine ou du pharynx. La fièvre peut alors se faire remarquer, mais elle est moins intense que dans le croup, et s'accompagne plus promptement, et presque dès le début, d'un affaiblissement considérable et de pâleur à la face et sur tout le corps, ce qui peut contribuer à éclairer le diagnostic. Enfin, dans la plupart des cas, l'œdème de la glotte est compliqué d'angine gutturale, et l'infiltration séreuse ne se borne pas à la partie supérieure du larynx; elle comprend aussi le tissu sous-muqueux du pharynx et du voile du palais. La luette est plus ou moins gonflée et œdémateuse; le volume qu'elle acquiert dans ces circonstances

détermine des phénomènes analogues à ce x qui dépendent du prolapsus de cet organe, et tend à augmenter la gêne de la déglutition et la dyspnée. Ce dernier signe, appréciable aux sens, n'est pas dépourvu de valeur, et ne doit pas être regardé comme indifférent.

Voici quelques observations à l'appui de ce que je viens d'avancer sur cette maladie. Les deux premières appartiennent à un œdème aigu de la glotte. La troisième offre l'exemple d'un œdème chronique de cette région, maladie qui est analogue à celle qu'on nomme *aiguë*, mais qui en diffère sous le rapport du danger, et qui se présente plus fréquemment chez les adultes que chez les enfans.

ART. VI. *Observations.*

PREMIÈRE OBSERVATION.

Œdème de la glotte précédé et compliqué d'une pneumonie et d'un érysipèle ambulant. — Terminaison par la mort.

Jacques-Émile Lafitte, âgé de six ans, entra le 2 juillet à l'hôpital. Il était malade depuis cinq semaines, et avait un abcès froid à la partie externe et inférieure du bras gauche, ainsi qu'un engorgement des glandes cervicales du même côté. Il présentait, en outre, les symptômes suivans : langue blanchâtre, anorexie,

soif, insomnie, toux sèche, douleur à la poitrine, au côté gauche; respiration gênée, fièvre.

Le 3 juillet, même état; poitrine peu sonore du côté gauche. (Cinq sangsues au-dessous de l'aisselle du côté douloureux.)

Le 4, continuation. (Eau gommée, julep gommeux, six sangsues au même endroit.)

Le 5, le 6 et le 7, amélioration; toux moins fréquente, un peu d'appétit, constipation. (Hydromel, julep huileux, un bain.)

Les jours suivans, le malade alla assez bien.

Le 13, il eut de la céphalalgie; la langue était chargée. (Manne, une once et demie.)

Le 15, l'enfant fit une chute en marchant; il en résulta une perte de connaissance dans le moment, et une forte contusion au front. Les accidens parurent bientôt se dissiper au moyen des secours qu'on lui porta.

Le 17, il eut des vomissemens spontanés et un épistaxis dans la nuit; retour de la toux avec fréquence, pouls fébrile. (Une sangsue derrière chaque oreille.)

Les jours suivans, fièvre légère, avec redoublement le soir; constipation.

Le 24 et le 25, fièvre continuelle, soif vive, abattement, somnolence, dévoiement, pas de douleur au ventre. (Eau gommée édulcorée

avec le sirop de gomme, julep gommeux, un demi-lavement émollient.)

Le 26, toux fréquente, fièvre, légère douleur au ventre. (Quatre sangsues sur l'abdomen, lavement émollient.)

Le 27, apparition sur la poitrine, la partie supérieure du bras et la région postérieure du tronc, d'un érysipèle ambulant très-caractérisé, qui avait commencé la veille à se manifester; toux sèche, pouls fébrile, douleur à l'abdomen. (Six sangsues au ventre, cataplasme sinapisé aux jambes.)

Le 29, fièvre, toux fréquente et rauque, dyspnée, gonflement érysipélateux et phlegmoneux du bras gauche (Saignée du bras, d'une palette.)

Le 30, fièvre, oppression considérable, voix enrouée et presque éteinte, toux rauque et *croupale*, nulle douleur à la région du larynx, affaiblissement, dévoiement. (Sinapismes aux pieds.)

Mort dans l'après-midi.

Autopsie cadavérique. Larynx sain à sa surface muqueuse. La *face supérieure de l'épiglotte* était œdémateuse et très-gonflée, surtout du côté gauche. Le contour de l'*ouverture supérieure du larynx* était également boursoufflé et

œdémateux. — *Poumon gauche* adhérent en arrière. Un foyer purulent occupait la partie supérieure de son *lobe inférieur* : le reste de ce lobe était complètement hépatisé. — *Poumon droit* sain. — *Cœur* dans l'état naturel, assez volumineux. — Nulle altération de l'*estomac* et du *conduit intestinal.* — *Ganglions mésentériques* rouges et engorgés.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Œdème de la glotte compliqué d'angine gangréneuse du pharynx, de bronchite, de phthisie pulmonaire et de gastro-entérite. — Terminaison par la mort.

Joseph Petier, âgé de neuf ans, devint malade le 15 mars 1819. Il éprouva successivement de la toux avec les symptômes d'une pleurésie au côté droit, une ulcération superficielle de la langue et de la face interne de la joue du même côté ; puis, après la disparition de la douleur pleurétique à la suite de plusieurs saignées locales et générales, une fièvre lente avec amaigrissement, toux fréquente et expectoration puriforme. Un vésicatoire fut appliqué au bras le 8 du mois suivant.

Les jours qui succédèrent, il survint du dévoiement, de la sensibilité au ventre, de la fièvre. La toux persistait avec le même carac-

tère. (Infusion de mauve édulcorée avec le sirop de gomme, cataplasmes sur l'abdomen, lavement émollient.)

Le 20 avril, assoupissement, fièvre avec redoublement le soir, toux par intervalles, persistance du dévoiement, état de faiblesse, décubitus ordinaire à gauche.

Du 20 au 26, même état; dévoiement, toux par intervalles, expectoration puriforme, respiration difficile, vive irritation de toute la membrane muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche, écoulement de salive fetide et sanieuse, affaiblissement progressif. (Potion gommeuse, gargarismes acidulés, lavemens adoucissans, un vésicatoire au côté droit de la poitrine.)

Le 28, on apercevait au fond de la bouche de nombreuses ulcérations grisâtres; la toux était pénible et fréquente, la respiration gênée, la déglutition difficile; peu de soif, pouls petit et accéléré, dévoiement, affaiblissement très-grand.

Le 29, toux rauque par intervalles, respiration accélérée et pénible, altération et faiblesse de la voix, pouls fébrile, très-petit; prostration complète des forces. (Sinapismes aux pieds.)

Le 30, altération profonde des traits de la

face, pâleur et infiltration générale, voix presque entièrement éteinte, toux rauque et croupale par intervalles, respiration très-embarrassée, fréquence du pouls, dévoiement abondant, couleur grisâtre du vésicatoire placé sur la poitrine.

Mort dans la soirée.

Ouverture du corps. — *Crâne.* Sérosité abondante à la *base du cerveau*, en petite quantité dans les *ventricules.* Quelques plaques roses sur l'*arachnoïde* à la surface des hemisphères. — *Organes respiratoires.* Couleur livide de la *membrane muqueuse du larynx; épiglotte* gonflée, œdémateuse, ainsi qu'un côté de la *glotte; trachée-artère* dans l'état naturel; vive rougeur des *bronches* de chaque côté; *ganglions bronchiques* volumineux du *côté droit*, convertis en matière tuberculeuse *des deux côtés; plèvre droite* contenant plus d'une pinte de sérosité jaunâtre; *plèvre gauche* en contenant seulement une petite quantité; *poumon droit* sain et crépitant dans son *lobe supérieur*, complètement endurci dans son *lobe inférieur;* rougeur et fermeté de ce *lobe*, qui contenait un assez grand nombre de tubercules accumulés en petites masses ou isolés, et d'une consistance lardacée. Ce *lobe* présentait aussi plusieurs pe-

tites cavernes vides. Le *poumon gauche* était parfaitement sain. — *Organes digestifs.* Ulcérations gangréneuses des parois de la *bouche*, des *amygdales*, du *voile du palais* et des parties latérales du *pharynx.* Rougeur et vive injection de la *membrane muqueuse de l'estomac ;* rougeur moins vive dans l'*intestin grêle. Gros intestin* contracté, très-rouge aussi à sa surface muqueuse, où se remarquaient quelques petites ulcérations irrégulières. *Le canal intestinal* contenait des vers lombricoïdes et des trichurides ; la *rate* offrait une couleur verdâtre. Tout le *tissu cellulaire sous-cutané* était infiltré.

TROISIÈME OBSERVATION.

Œdème de la glotte, avec angine du pharynx et gonflement de la luette. — Terminaison par la convalescence (1).

Un homme de quarante ans, imprimeur, et continuellement exposé par sa profession à des vicissitudes de température, ayant depuis plusieurs jours une angine gutturale peu intense, pour laquelle il n'avait employé que des gargarismes adoucissans, fut pris tout à coup d'une

---

(1) Cette observation m'a été communiquée par M. Moulin, qui l'a recueillie.

difficulté de respirer qui augmenta progressivement, au point de faire craindre la suffocation. M. Moulin, appelé à lui donner des soins, le trouva dans un état d'anxiété inexprimable. La face paraissait bouffie, les paupières supérieures l'étaient principalement. Le malade se plaignait d'une douleur à la gorge, et plus encore de son étouffement. La langue était blanchâtre, pâle et gonflée. Les amygdales avaient augmenté de volume, ainsi que la luette, qui causait une sensation de gêne insupportable vers la base de la langue. La voix était presque éteinte, la respiration sifflante, la toux rauque et très-pénible, le pouls accéléré et irrégulier. La douleur, sourde et gênante, paraissait fixée à la partie supérieure du larynx, et n'augmentait presque pas à la pression. M. Moulin prescrivit l'émétique à dose nauséabonde. (Deux grains de tartre stibié dans un verre d'eau, une cuillerée de cette eau de cinq en cinq minutes.) Ce traitement eut un heureux résultat. En peu de temps, tous les symptômes diminuèrent d'intensité; la respiration devint plus libre, la toux moins rauque, la voix moins altérée. Néanmoins il restait encore, au bout de deux ou trois jours, un peu de gêne dans la respiration et dans la déglutition. L'eau émétisée ne produisait plus

d'effet marqué. Un vésicatoire fut alors appliqué à la partie antérieure du cou, et la santé ne tarda pas à se rétablir parfaitement au moyen de ce traitement, secondé du repos, d'un régime approprié, et de la respiration d'un air pur et d'une température constante.

Remarques sur les trois observations précédentes. Chez les deux premiers malades, on trouve des exemples d'œdèmes de la glotte survenus à la suite d'affections très-graves, et compliqués d'altérations organiques profondes contre lesquelles l'art ne possède aucune ressource. Aussi ne s'occupa-t-on presque pas du traitement de cet œdème, qui était d'ailleurs purement secondaire dans les deux cas dont il s'agit. Ces observations sont donc moins intéressantes sous le rapport thérapeutique que sous celui de la pathologie. Considérées sous ce dernier point de vue, elles méritent beaucoup plus d'intérêt en ce qu'elles montrent dans l'œdème de la glotte des symptômes qui ont la plus grande analogie avec ceux du croup, une marche aussi rapide, une terminaison également funeste, mais en même temps un aspect particulier propre à l'œdème, et surtout

des caractères anatomiques totalement différens de ceux de l'angine croupale.

La troisième observation, remarquable aussi par les symptômes de la maladie qui nous occupe, offre l'exemple d'un traitement sagement dirigé, et couronné du plus grand succès; mais la marche de cette affection, l'âge du sujet et les circonstances antécédentes n'étaient plus les mêmes, et ce dernier malade présentait par conséquent des chances de guérison qui manquaient aux deux autres.

ART. VII. *De la bronchite, de la pneumonie et de la pleurésie.*

La bronchite, ou catarrhe pulmonaire, peut, dans certains cas, en raison de son intensité, constituer une maladie extrêmement grave et susceptible d'avoir une terminaison funeste. C'est ce qui arrive surtout chez les enfans lorsque la phlegmasie occupe toutes les ramifications bronchiques des deux côtés de la poitrine; la membrane muqueuse de ces conduits, violemment enflammée, peut alors sécréter du pus et s'ulcérer; d'autres fois elle s'épaissit d'une manière notable. La bronchite, dans ces diverses circonstances, présente une grande analogie avec la pneumonie, et il n'est pas

toujours facile de distinguer ces maladies l'une de l'autre : quelquefois aussi elles se compliquent mutuellement.

Les signes distinctifs de la bronchite intense et sans complication sont : une toux sèche et fatigante, de longue durée; la fièvre, la douleur thoracique profonde, augmentée par la toux et par les efforts de la respiration; la dyspnée, le décubitus également possible des deux côtés, la sonorité du thorax à la percussion, la possibilité d'entendre partout le bruit de la respiration au moyen du stéthoscope.

Le traitement de l'inflammation des bronches doit être très-actif et débilitant. Les émissions sanguines, les adoucissans et les exutoires en sont la base.

La pneumonie, ou inflammation du poumon, appelée vulgairement *fluxion de poitrine*, est une affection très-dangereuse dans l'enfance; elle occupe quelquefois les deux poumons. Le plus ordinairement, ce sont les lobes inférieurs de ces viscères qui en sont atteints. Cette phlegmasie se complique fréquemment de bronchite et de pleurésie; sa durée peut être très-longue. La pneumonie est alors dite *chronique*, et, dans certains cas, elle est latente. Si l'on n'y apporte pas un mûr examen,

on peut la méconnaître, et l'autopsie faite après la mort est la seule occasion qui donne lieu de constater son existence.

Les signes distinctifs de la pneumonie aiguë sont : la douleur thoracique profonde et souvent pongitive d'un seul ou des deux côtés, la dyspnée, la toux sèche d'abord, puis accompagnee d'expectoration de matières visqueuses, tenaces, épaisses, blanchâtres et de couleur uniforme ou rouillée, ou bien encore striée de sang ; la fièvre, le défaut de sonorité du thorax par la percussion, à peu près dans l'endroit où correspond la douleur qu'éprouve le malade ; le décubitus difficile ou impossible sur le côté douloureux, l'impossibilité d'entendre le bruit de la respiration par le moyen du stethoscope dans les points affectés.

Stoll et Baglivi ont signalé avec exactitude la pneumonie chronique, et surtout la pneumonie latente. Le premier de ces auteurs dit qu'elle peut etre sans fièvre, qu'elle n'oblige point alors les malades de rester couchés, et qu'elle ne présente point les signes qui ont coutume d'accompagner la pneumonie aiguë. « On voit, « ajoute-t-il, des individus avoir la respiration « genée, une légère douleur pongitive dans le « côté, et d'ailleurs s'acquitter de toutes leurs

« fonctions, le pouls étant naturel ou peu éloi-
« gné de cet état. Quelquefois il n'y a que de
« la difficulté de respirer (le pouls restant na-
« turel), une petite toux et de l'oppression de
« poitrine. La douleur pongitive ne se fait sen-
« tir qu'autant qu'on prend une forte inspira-
« tion, ou qu'on tousse fortement à dessein,
« ou qu'on accélère d'une manière quelconque
« le mouvement du sang. »

D'un autre côté, Baglivi assure avoir découvert la véritable nature des pneumonies latentes, en faisant déclarer la douleur pongitive du côté, soit par une toux plus forte, soit par une inspiration profonde prise à dessein, ou bien en examinant sur quel côté le malade se couchait plus difficilement.

Ces différens signes, indiqués par les auteurs, sont, en effet, d'une grande valeur pour eclairer le diagnostic de la pneumonie. Mais dans l'etat actuel de la science, on aurait tort de s'en tenir à ces seuls indices. La percussion du thorax et l'auscultation médiate sont encore plus propres à donner des lumières certaines dans les cas douteux, et surtout chez les enfans où le vrai caractère de toutes les maladies internes est toujours plus difficile à saisir que chez les adultes.

Les caractères anatomiques de la pneumonie ont également été très-bien donnés par Stoll : « le poumon enflammé est d'un beau rouge. « de la consistance du foie et d'une pesanteur « telle, qu'une portion de ce viscère, détachée « et placée dans de l'eau, gagne le fond du « vase. »

Les limites que je me suis tracées ne me permettant pas d'examiner avec étendue toutes les causes de la pneumonie, je me contenterai de dire qu'une des plus fréquentes est la métastase de la rougeole. Mon sejour à l'hôpital des Enfans et plus tard la pratique civile m'ont fourni de nombreuses occasions de constater la verité de cette assertion.

Le traitement de la pneumonie est principalement antiphlogistique, débilitant, rafraîchissant. Les saignées locales ou générales en sont les premiers, et, en partie, les principaux moyens; mais elles ne suffisent pas seules. La diète, les boissons délayantes, copieuses; les lavemens, les pédiluves, et surtout les bains tièdes généraux, moyen presque entièrement négligé de nos jours, et dont j'ai constamment retiré les plus grands succès, doivent être associés aux émissions sanguines. Hippocrate avait bien senti l'utilité des bains comme

moyens thérapeutiques, lorsqu'il indiqua le traitement de la pneumonie (liv. 2, *de Morbis*). « Baignez le malade, dit-il, deux fois par « jour dans de l'eau tiède, et faites-lui boire « de l'hydromel. »

Le traitement doit être aussi quelquefois évacuant. L'émétique est utile toutes les fois qu'il y a des signes d'embarras des premières voies, enduit jaunâtre de la langue, etc., et que néanmoins l'estomac ne paraît pas le siége d'une irritation inflammatoire; ce qu'on peut reconnaître par la présence ou l'absence de la douleur, en pressant avec la main la région épigastrique. Mais lorsque la fièvre est très-forte, il vaut mieux faire précéder la saignée. Donné en lavage, l'émétique produit également de très-bons effets, lorsque les symptômes inflammatoires commencent à diminuer, et que la pneumonie est sans complication de phlegmasie gastro-intestinale.

La pneumonie chronique et la *latente* exigent également un traitement adoucissant. Les émissions sanguines demandent plus de ménagement. Les vésicatoires sur la poitrine et sur les membres sont surtout avantageux; et, lorsqu'on les multiplie, on en retire d'excellens effets.

La pleurésie présente beaucoup d'affinité

avec la pneumonie. Ces deux maladies existent souvent ensemble; c'est ce qu'on appelle la *pleuro-pneumonie.*

Voici quels sont les signes de la pleurésie ordinaire et sans complication. La toux est constamment sèche dans la première période. La douleur pleurétique occupe l'un des côtés de la poitrine; elle est lancinante ou pongitive et superficielle. Elle augmente par la pression, par l'inspiration, par la toux, par le décubitus sur le côté malade. Le thorax est ordinairement sonore, à moins qu'il n'y ait épanchement dans la plèvre, ou complication de pneumonie, de phthisie pulmonaire, etc. Dans ces circonstances, en effet, le son obtenu par la percussion est plus sourd ou tout-à-fait mat. La fièvre est, en général, très-vive; il y a de la dyspnée, de l'oppression, un sentiment de tiraillement au côté affecté. L'inflammation de la plèvre existe quelquefois des deux côtés de la poitrine, aussi-bien que celle du poumon; tantôt elle occupe la plèvre costale, tantôt la plèvre pulmonaire, tantôt enfin la plèvre diaphragmatique ou le médiastin. La pleurésie peut être aiguë ou chronique, et, dans plusieurs cas, latente. La pleurésie couenneuse ou avec formation de fausse membrane n'est pas

rare. Quelquefois elle coïncide avec le croup, et j'en ai rapporté plusieurs exemples. C'est surtout dans cette espèce de pleurésie que le sang tiré des veines présente la couenne inflammatoire.

Le traitement de la pleurésie est à peu près le même que celui de la pneumonie et de la bronchite. Les saignées locales et générales, les rafraîchissans et les vésicatoires en sont les principaux élémens.

Une maladie qui se rencontre fréquemment dans les cas de pneumonie et surtout de bronchite, mais qui peut aussi exister isolément, en donnant naissance à la plupart des phénomènes de cette dernière, et dont les auteurs ne font aucune mention, est l'inflammation des ganglions bronchiques. On a pu voir ce que j'en ai dit plus haut, en traitant de la coqueluche, qui en est souvent accompagnée.

La plupart des observations sur le croup et sur la coqueluche que renferment la première et la deuxième partie de cet ouvrage étant également relatives à la pneumonie et à la pleurésie, il est inutile d'en citer ici de nouveaux exemples, et je me hâte de passer à un autre sujet.

ART. VIII. *De la dilatation des bronches.*

M. Laënnec (1) est le premier qui ait fixé l'attention des médecins sur cette altération pathologique, qu'il regarde avec raison comme assez rare. Elle l'est cependant beaucoup moins chez les enfans que chez les adultes.

La cause la plus ordinaire de la dilatation des bronches me paraît avoir été exactement indiquée par M. Laënnec. En effet, je suis porté à croire, avec ce savant professeur, que la maladie organique dont il s'agit est due presque toujours à des efforts de la respiration, et que les affections catarrhales, et principalement la coqueluche, la déterminent le plus fréquemment. Néanmoins j'admets aussi qu'elle est quelquefois *originelle*. Mais je ne pense point pour cela, comme M. Guersent (2), qu'elle dépende constamment d'un vice de conformation primitive, et que les individus qui en sont atteints ne puissent long-temps prolonger leur existence. M. Laënnec, dans son ouvrage, rapporte deux observations, dont l'une, qui porte le titre de *dilatation chronique* des bronches,

(1) Auscultation médiate.

(2) Dictionnaire de médecine, article *coqueluche*.

paraît démontrer que cette maladie s'était développée à l'âge de seize ans chez une femme, où on ne la reconnut qu'à l'ouverture de son corps, après qu'elle fut morte septuagénaire. J'ai aussi remarqué quelquefois cette augmentation extraordinaire du diamètre des bronches à l'autopsie cadavériques de femmes très-âgées de la Salpêtrière et des Incurables.

L'altération organique dont il est ici question me semble reconnaître pour *causes prédisposantes*, d'une part, la faiblesse ou la ténuité des parois des ramifications bronchiques (1), et de l'autre, tout ce qui peut comprimer le poumon ou diminuer son volume et sa perméabilité, en rendant l'introduction de l'air dans cet organe moins facile, comme la phthisie tuberculeuse, la péripneumonie chronique, la pleurésie avec épanchement, le rétrecissement ou la courbure rachitique du thorax. Les *causes déterminantes* de la dilatation

(1) Chez les enfans, le système fibro-cartilagineux est loin d'offrir, surtout à une époque rapprochée de la naissance, la même disposition qu'il présente dans un âge plus avancé. Les rameaux bronchiques sont alors formés presque uniquement de parois *celluleuse et muqueuse*, plus ou moins extensibles. C'est le contraire dans la vieillesse, où l'on remarque fréquemment des ossifications des bronches et de leurs divisions, ou au moins une dureté *cartilagineuse* de leurs parois.

des bronches sont toutes celles qui donnent lieu à des expirations violentes, telles que les efforts de la toux ou de la voix. C'est ainsi que j'ai vu quelquefois cette lésion organique des canaux aériens coïncider avec le développement de masses tuberculeuses dans le poumon. Parmi les observations que je vais rapporter, il en est une qui offre une dilatation bronchique, qu'on pourrait attribuer à un rétrécissement du diamètre transversal de la poitrine par suite du rachitis, la membrane muqueuse des bronches ne présentant l'indice d'aucune phlegmasie préalable. Dans une autre de mes observations, l'on trouve une semblable dilatation des tuyaux aériens coïncidant avec un emphysème pulmonaire.

M. Laënnec indique comme signes de la dilatation des bronches, 1° une toux habituelle, tantôt rare et peu forte, avec une expectoration muqueuse peu abondante; tantôt violente, et de longue durée, avec une abondance de crachats d'un jaune grisâtre ou tout-à-fait puriformes, suivant que la dilatation bronchique présente peu ou beaucoup d'étendue; 2° le phénomène de la pectoriloquie dans le point affecté seulement.

Cette affection n'est susceptible d'aucun trai-

tement curatif, et lors même qu'on pourrait la guérir, son diagnostic est tellement obscur, malgré tous les signes indiqués plus haut, qu'il est presque impossible de la reconnaître pendant la vie. Voici deux observations qui prouvent ce que j'avance, et dans lesquelles on voit que la dilatation bronchique n'a pu être distinguée que par l'autopsie, l'attention du médecin ayant été absorbée tout entière par les maladies extrêmement graves qui compliquaient cette altération organique, et qui ont déterminé la mort.

ART. IX. *Observations.*

PREMIÈRE OBSERVATION.

Dilatation des bronches coïncidant avec une bronchite et une phthisie tuberculeuse des poumons. — Terminaison par la mort.

Nicolas Delry, âgé de cinq ans, était malade depuis huit jours; il avait éprouvé des douleurs abdominales, une diarrhée abondante, une fièvre continuelle, avec redoublement le soir, et parfois léger délire. Il entra à l'hôpital le 8 avril.

Il présentait alors l'état suivant : pâleur de la face, pouls fréquent, peau chaude et sèche, langue rouge, soif vive, douleur aiguë à l'ab-

domen, somnolence. (Dix sangsues sur le ventre.)

Le lendemain, pouls accéléré, régulier; peu de douleur au ventre, toux sèche et fréquente. (Infusion de mauve édulcorée avec le sirop de gomme, julep huileux, cataplasme émollient sur l'abdomen, diète.)

Le 10, pouls fréquent, persistance de la toux, respiration laborieuse, poitrine sonore, excepté à droite et en arrière; langue rouge et sèche, un peu d'assoupissement. (Julep huileux, quatre sangsues sur la poitrine, cataplasme sur le ventre.)

Les jours suivans, même état, fièvre avec redoublement le soir, refroidissement des extrémités, toux sèche et fréquente. (Vésicatoire sur la poitrine, pédiluve sinapisé.)

Du 12 au 15, assoupissement continuel, fièvre, toux sèche, douleur thoracique. (Trois sangsues à la poitrine.)

Le 16, pouls très-faible, altération des traits de la face, toux par intervalles, soif vive; douleur au ventre, somnolence.

Cet état continua jusqu'au 20, où il se manifesta de la diarrhée; l'enfant était considérablement affaibli, la soif et la sensibilité du ventre persistaient, ainsi que la toux et la gêne

de la respiration ; le vésicatoire de la poitrine se recouvrait de points noirâtres. (Demi-lavemens avec la décoction de quinquina.)

Du 20 au 25, affaiblissement progressif, état de marasme, soif vive, pouls extrêmement accéléré, dyspnée, toux par intervalles, sensibilité du ventre; la surface du vésicatoire se gangréna. (Eau vineuse, lavemens avec le quinquina.)

Le 25, dyspnée très-considérable, fièvre, toux, sensibilité du ventre. (Julep huileux.)

Le 26, fréquence et petitesse du pouls, altération profonde de la face, tuméfaction des lèvres, soif vive, toux fatigante, faiblesse excessive.

Mort dans la nuit du 26 au 27.

Ouverture du corps. — Côté gauche du thorax. Adhérence ancienne du *poumon* à la *plèvre costale.* Son *lobe inférieur* présentait des masses tuberculeuses et une dilatation remarquable des ramifications bronchiques, qui paraissaient renflées et arrondies ; *tissu pulmonaire* de couleur noire, comme infiltré de sang veineux ; quelques points tuberculeux dans le *lobe supérieur.* — *Côté droit.* On voyait dans le *lobe inférieur du poumon* des tubercules nombreux, principalement vers la *base* de ce viscère. Le reste du

tissu pulmonaire compacte et endurci, mais ne se précipitant pas cependant au fond de l'eau. Les *bronches* étaient rouges, et injectées à leur surface muqueuse; elles étaient aussi très-dilatées, et cette dilatation donnait probablement au *parenchyme du poumon* une légèreté spécifique plus grande que celle de l'eau. — *Estomac* sain, dilaté par des gaz; quelques vers lombrics dans le *jéjunum;* plusieurs plaques rouges, de forme allongée, sur la *surface muqueuse de l'iléon; vaisseaux circonvoisins* très-injectés; *glandes mésentériques correspondantes* parfaitement saines. *Gros intestin* dans l'état naturel.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Dilatation des bronches coïncidant avec un emphysème partiel des poumons, un état rachitique général, et une hydrocéphale chronique. — Terminaison par la mort.

Eugène Viart, âgé de deux ans, était malade depuis trois mois; il présenta successivement des symptômes de catarrhe pulmonaire, de dysenterie et d'affection vermineuse; il rendit plusieurs ascarides lombricoïdes par le fondement. Pâleur générale, agitation et parfois mouvemens convulsifs, assoupissement habituel, toux fréquente, dévoiement, petitesse et accélération du pouls, bouffissure de la face

et des paupières, soif ardente, plaintes continuelles, marasme et faiblesse extrême, tel fut l'état qu'il offrit constamment dans les deux derniers mois de son existence. Il mourut le 15 octobre.

Autopsie. — État extérieur. Maigreur générale, très-petite stature, seize dents seulement; crâne très-ample, dont les parois osseuses avaient à peine une ligne d'épaisseur; courbure rachitique des os des membres, rétrécissement de la poitrine dans son diamètre transversal. — *Cavité crânienne.* Le *cerveau* était mou, l'*arachnoïde* contenait environ cinq onces de sérosité, soit à la *périphérie* du cerveau, soit dans les *ventricules* qui se trouvaient dilatés. — *Thorax. Poumons* rétractés, peu développés, offrant partiellement un emphysème du *tissu interlobulaire;* pâleur de la *membrane muqueuse* des *bronches;* dilatation considérable des tuyaux *bronchiques* dans le *lobe inférieur du poumon gauche;* engouement de ce *lobe.* — *Abdomen. Estomac* et *intestin grêle* en bon état; le *gros intestin* renfermait une matière jaune liquide; les *membranes du colon* étaient épaissies et boursoufflées; la *muqueuse* un peu rose.

ART. X. *De l'hémoptysie foudroyante.*

L'hémorrhagie pulmonaire peut, aussi-bien que la dilatation des bronches, résulter d'un effort de toux violent qui détermine, dans certains cas, ces deux accidens réunis. L'hémoptysie, dépendant alors uniquement de la rupture subite des vaisseaux sanguins du poumon, est dite *foudroyante*, et les secours administrés au malade sont presque toujours infructueux. L'observation suivante fournit l'exemple du double accident dont il est question. L'existence de la phthisie pulmonaire chez l'enfant qui fait le sujet de cette observation, la distension de l'estomac par les alimens et le travail commençant de la digestion, me semblent autant de circonstances qui ont contribué de concert à produire cette hémorrhagie, si promptement mortelle. J'ai eu l'occasion d'observer d'autres faits semblables, que les bornes prescrites à cet ouvrage ne me permettent pas d'insérer ici.

ART. XI. *Observation.*

Hémoptysie foudroyante coïncidant avec une dilatation des bronches, et survenue à la suite d'une bronchite compliquée de phthisie pulmonaire et de pleurésie chronique. — Terminaison par la mort.

Xavier Fécond, âgé de neuf ans, ayant une

dartre scrofuleuse à la face, pour le traitement de laquelle il était entré à l'hôpital, toussait depuis quelque temps, et avait de la fièvre avec un léger redoublement le soir ; sa poitrine était sonore, et il conservait de l'appétit.

La toux s'exaspéra dans les premiers jours de mars, s'accompagna de fièvre, d'oppression, de douleurs vagues dans la poitrine, d'insomnie. La face fut constamment rouge et animée.

Ces symptômes se calmèrent au bout de quinze jours, et permirent de continuer le traitement antiherpétique, qui avait été interrompu plusieurs fois; mais ils se renouvelèrent avec violence vers la fin de mars, s'accompagnerent de vomissemens spontanés, dans la nuit du 27 au 28, de fièvre, d'insomnie. La poitrine paraissait rendre un son mat du côté droit.

Le catarrhe se calma de nouveau, au bout de quelque temps, par l'emploi des adoucissans, des sangsues et d'un vésicatoire sur la poitrine.

Dans les mois de juillet et d'août, l'enfant eut encore de la toux, de la fièvre, de l'insomnie. On suspendit l'emploi de l'eau sulfureuse d'Enghien, que l'on avait jusqu'alors administrée.

Pendant le mois de septembre, le malade eut une toux opiniâtre et assez forte, avec expectoration muqueuse abondante; fièvre tous les soirs, agitation dans la nuit. (Julep gommeux, avec sirop diacode; une pilule de cynoglosse tous les jours.)

On continua ainsi les calmans et les adoucissans.

Le 26 du même mois, à midi, une demi-heure après avoir mangé, l'enfant se trouvant beaucoup mieux, fut pris subitement d'une quinte de toux et d'une hémoptysie si prompte et si abondante, qu'il fut impossible de lui porter aucun secours. Il périt sur-le-champ, après avoir perdu deux livres de sang presque pur.

Autopsie. — Côté gauche de la poitrine. Adhérences très-fortes du *poumon* aux *côtes*, et surtout au *diaphragme;* vive rougeur de la *membrane muqueuse des rameaux bronchiques*, surtout dans le *lobe inférieur*. Ces ramifications, *dans le supérieur*, étaient remplies de sang. Le *lobe inférieur* paraissait plus dense en arrière, cependant il surnageait à l'eau; dilatation considérable des *bronches* dans ce *lobe; glandes bronchiques* rouges et gonflées. — *Cœur. Ventricule droit* contenant un sang fluide; *parois*

de ce ventricule aussi épaisses que celles du *gauche*. — *Côté droit du thorax*. Fortes adhérences du *poumon* aux *côtes ; plèvre* épaissie, et comme lardacée en certains endroits; *glandes bronchiques* tuberculeuses et ramollies; *ramifications bronchiques* très-dilatées, renfermant quelques caillots de sang; pâleur de leur *membrane muqueuse; tissu pulmonaire* endurci et presque fibreux sur plusieurs points ; dans d'autres, peu consistant et mou, ecchymosé, non crépitant; masses tuberculeuses dans le *lobe inférieur* de ce poumon. — *Conduit digestif. Estomac* rempli d'alimens. Ce viscère contenait aussi un peu de sang, que le malade avait sans doute avalé. La surface de sa *membrane muqueuse* était d'une couleur rose, surtout dans le *grand cul-de-sac*. (Cette couleur tenait probablement au travail de la digestion.) Le *jéjunum* offrait également une couleur rosée; tout le reste du *canal intestinal* parfaitement sain.

ART. XII. *De la phthisie pulmonaire*

La phthisie pulmonaire est bien plus fréquente dans l'enfance et dans la jeunesse qu'à toute autre époque de la vie ; elle affecte aussi dans le jeune âge une marche beaucoup

plus rapide et une terminaison plus promptement mortelle.

Quelles que soient les circonstances qui l'accompagnent, cette maladie me semble devoir être regardée comme *tuberculeuse* et d'une nature spéciale, qui est toujours la même, soit que le poumon contienne des masses isolées ou agglomérées, dures et consistantes ou ramollies et en suppuration, soit qu'il renferme des cavités ulcéreuses, provenant de la fonte des tubercules, soit enfin qu'il contienne des granulations miliaires disséminées, ou que les glandes bronchiques seules aient été converties en tubercules. Les espèces de phthisies décrites par Bayle sous les noms de *cancéreuse*, de *calculeuse* et de *phthisie avec mélanose*, sont autant de maladies distinctes qu'on ne doit pas confondre avec la vraie phthisie, celle dite *tuberculeuse*, *ulcéreuse* ou *granulée*, suivant les différens caractères anatomiques.

La nature de la phthisie pulmonaire me paraît être identique avec celle de l'affection scrofuleuse, et en cela mon opinion est la même que celle de la plupart des auteurs et des médecins modernes. Semblable à l'affection scrofuleuse, la phthisie peut être héréditaire et innée, ou acquise. Comme elle aussi cette

maladie n'est pas contagieuse, quoique plusieurs auteurs aient avancé le contraire. Elle affecte indistinctement les deux sexes, et peut, comme je l'ai déjà dit, se développer dans tous les âges.

Admettant une identité parfaite entre la phthisie pulmonaire et l'affection scrofuleuse, il en résulte que je regarde la dégénérescence tuberculeuse comme une affection générale; c'est aussi ce que démontre l'expérience. Cette maladie, qui occupe le premier rang pour la mortalité, se borne aux poumons seuls, dans un grand nombre de cas; mais très-souvent aussi elle affecte d'autres organes. Elle peut envahir successivement ou à la fois plusieurs viscères et plusieurs systèmes. Le plus ordinairement elle commence par les glandes bronchiques, et, chez les enfans, il n'est pas plus rare de voir ces glandes dans un état tuberculeux que les poumons eux-mêmes. Il est encore très-fréquent d'observer le même état pathologique dans les glandes du mésentère. Enfin j'ai vu plusieurs exemples d'affections tuberculeuses presque générales. C'est ainsi que, chez certains phthisiques, j'ai trouvé des tubercules dans les poumons, dans les glandes bronchiques, médiastines, mésentériques, cervicales,

sous-clavières, axillaires et inguinales, dans le foie, le pancréas, le cerveau, et des granulations dans la plèvre, le péritoine, et le tissu sous-muqueux de l'estomac et des intestins. Plusieurs médecins en ont trouvé dans l'épaisseur même des muscles. Mais il est rare que l'affection tuberculeuse soit aussi étendue, parce qu'elle se porte ordinairement tout entière sur les poumons, et qu'elle affecte ces viscères de manière à gêner d'abord et à anéantir ensuite tout-à-fait leurs fonctions. La mort arrive alors avant que la maladie ait porté ses ravages sur les autres organes.

La phthisie tuberculeuse peut coïncider avec l'état inflammatoire ; elle l'accompagne, le détermine, ou en est elle-même souvent précédée ; mais elle est indépendante de l'inflammation, et ne paraît pas en être toujours le résultat.

Il existe quatre degrés ou périodes de la phthisie pulmonaire, fondés sur les caractères anatomiques et les divers états que présentent les tubercules. Ce sont les suivans :

PREMIER DEGRÉ. Tubercules miliaires disséminés.

DEUXIÈME DEGRÉ. Tubercules agglomérés, ou masses tuberculeuses, d'un volume plus ou moins considerable.

TROISIÈME DEGRÉ. Tubercules ramollis, à demi-fondus, ou en suppuration.

QUATRIÈME DEGRÉ. Excavations ulcéreuses produites par la fonte des tubercules, communiquant avec des tuyaux bronchiques, contenant du pus, ou entièrement vides, et souvent traversés par des vaisseaux sanguins disséqués, ou par des brides celluleuses et parenchymateuses, débris du tissu pulmonaire.

Il n'est pas rare de trouver tous ces degrés, ou états tuberculeux, réunis chez le même individu, ou seulement plusieurs d'entre eux. Chacun de ces degrés peut amener la mort, lorsqu'une grande partie des poumons en est atteinte au point que leurs fonctions ne puissent plus s'exécuter.

D'après les symptômes, ou caractères physiologiques, on distingue trois périodes de la phthisie, savoir : phthisie commençante, ou occulte, phthisie déclarée, et phthisie avec marasme. Mais cette distinction, établie pendant la vie du malade d'après les signes rationnels, est souvent sujette à erreur.

Les signes rationnels principaux de la phthisie pulmonaire sont : la toux, la difficulté de la respiration, les crachats puriformes, l'hémoptysie, la fièvre hectique et le marasme.

Les signes sensibles et pathognomoniques sont ceux que fournissent la percussion et l'auscultation. Ce sont les suivans : 1° lorsque des tubercules existent dans le poumon, disséminés ou agglomérés, miliaires ou volumineux, et en assez grand nombre pour rendre une partie de son tissu imperméable à l'air, la percussion donne un son mat dans l'endroit affecté, et le cylindre ne peut pas faire entendre le bruit de la respiration; 2° lorsqu'il existe des cavités ulcéreuses dans le poumon, le son est encore mat par la percussion, à cause de l'engorgement inflammatoire ou tuberculeux des environs de ces cavités, et le cylindre, appliqué dans l'endroit correspondant aux cavités, fait entendre parfaitement le bruit de la respiration dans cet endroit, et, de plus, la pectoriloquie, lorsqu'on fait parler le malade. (M. Laennec, Auscultation médiate.)

Le traitement de la phthisie pulmonaire a été l'objet des recherches des médecins de tous les siècles, et cependant il est généralement infructueux, ce qui fait regarder cette maladie comme au-dessus des ressources de l'art. Stoll déjà se plaignait de la méthode routinière employée dans le traitement de la phthisie, et il pensait qu'un traitement plus rationnel aurait

sans doute plus de succès. Je suis aussi porté à croire que la phthisie est curable, comme la plupart des maladies, et qu'elle peut même, parvenue au dernier degré, se terminer, dans certains cas, par la convalescence. En attendant que les progrès de la médecine pratique permettent d'opposer à cette redoutable affection de nouveaux remèdes plus énergiques, on doit, dans l'état actuel des connaissances, employer à propos et avec célérité les agens thérapeutiques les plus actifs qu'on possède; et il n'est pas douteux qu'une pareille méthode ne soit infiniment préférable à l'usage des palliatifs, auxquels on se borne communément. Ce sera, au reste, l'objet d'autres recherches que je me propose de faire sur ce sujet.

Nous ne terminerons pas ces considérations sur les maladies de la poitrine sans parler d'un moyen dont M. Nauche se sert pour aider à la distinction des lésions des organes respiratoires, et pour reconnaître leurs complications.

ART. XII. *Procédé de M. Nauche pour distinguer les crachats provenant d'une simple augmentation de la sécrétion muqueuse des bronches de ceux qui résultent d'une inflammation de ces conduits.*

Ce praticien a remarqué que, dans l'état natu-

rel, ou lorsqu'il n'y a qu'un excès d'*irritation*, les matières sécrétées par les diverses membranes muqueuses ont constamment un caractère d'acidité bien marqué. Lorsque ces membranes sont *enflammées*, il y a chez elles altération des propriétés vitales. La nature des excrétions est changée, et ces dernières deviennent alcalines.

On reconnaît facilement ces deux états au moyen d'un morceau de papier coloré en bleu par le tournesol. Lorsque la matière expectorée est acide, le papier devient rouge. Il prend, au contraire, une teinte bleue plus foncée, ou bien de rouge il redevient bleu, lorsque la matière excrétée a un caractère alcalin.

M. Nauche a examiné les matières expectorées sous le rapport de leur acidité et de leur alcalinité, dans les maladies des organes respiratoires. Il a cru, d'après cet examen, pouvoir les diviser en matières produites par une *irritation*, une sécrétion augmentée des follicules muqueux qui tapissent les membranes des voies aériennes, et en matières ou crachats qui sont le résultat de leur inflammation.

Il a observé que les matières muqueuses, blanches, écumeuses, souvent très-abondan-

tes, que rendent par la bouche les personnes dans un état d'agonie, lorsque les voies aériennes n'ont pas été le siége d'une maladie préexistante, ont un caractère constamment acide. Ce caractère se retrouve dans les crachats blancs, écumeux, qui sont rejetés pendant toute la durée de la pleurésie, tant aiguë que chronique; et dans le début de la pneumonie, lorsque les crachats sont blancs et même jaunes. Il se perd souvent dans le cours de cette dernière maladie, pour se reproduire vers son déclin. On trouve encore les crachats acides dans l'emphysème des poumons, et dans la phthisie pulmonaire scrofuleuse, lorsque les tubercules sont peu développés, à l'état appelé de *crudité*. Il est évident, dans tous ces cas, que les membranes muqueuses qui fournissent ces matières ne sont que dans un état d'excitation augmentée, et qu'elles ne sont nullement enflammées.

M. Nauche a également trouvé les crachats acides dans certaines phthisies avancées. Il croit que cela tenait alors à ce que les matières expectorées étaient le produit d'une sécrétion augmentée de la membrane muqueuse qui tapisse les excavations formées par la fonte des tubercules.

Les matières expectorées sont, au contraire, constamment alcalines dans l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches, et dans tous les cas qu'on désigne sous les noms de *rhumes aigus* ou *chroniques*, ou de *phthisies muqueuses*. Quoiqu'on ne regarde pas ces matières comme purulentes, elles n'en sont pas moins une sorte de pus propre à la phlegmasie de ces membranes, et analogue à la sérosité purulente que fournissent les membranes séreuses enflammées.

Les matières expectorées deviennent encore alcalines dans la péripneumonie, lorsque l'inflammation du tissu pulmonaire se communique à celui de la membrane muqueuse des bronches, et que cette sécrétion est le produit de la phlegmasie de ces deux tissus.

Les crachats sont aussi alcalins dans la phthisie pulmonaire au deuxième et au troisième degré, lorsque les tubercules se fondent. Il est rare que la membrane interne des poumons ne soit pas, dans ce cas, profondément altérée.

Il arrive fréquemment, surtout chez les personnes phthisiques, qu'elles rendent à la fois, et qu'on retrouve dans le même vase les deux sortes de crachats. Ceux qui résultent d'une *excitation augmentée* viennent le plus facilement;

ils sont blancs, écumeux et acides; les autres, expectorés avec peine, sont jaunes, épais et alcalins. Lorsque, dans cette affection, les malades ne rendent plus que les premiers, leur existence est souvent dans le plus grand danger.

En attendant que M. Nauche mette lui-même au jour ces divers résultats, nous avons cru devoir les mentionner ici. Ce sera un moyen pour qu'on puisse en faire de nouveaux essais, et utiliser des aperçus qui ne sont pas sans intérêt pour les progrès de la science.

FIN

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

DEUXIÈME PARTIE.

DE LA COQUELUCHE, OU TOUX CONVULSIVE.

CHAPITRE PREMIER.

DESCRIPTION DE LA COQUELUCHE.

Pages.

CHAPITRE DEUXIÈME.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

CHAPITRE TROISIÈME.

OBSERVATIONS PRATIQUES.

TROISIÈME PARTIE.

CONSIDÉRATIONS SUR PLUSIEURS MALADIES DE LA POITRINE ET DU CONDUIT DE LA RESPIRATION DANS L'ENFANCE ET DANS LA JEUNESSE.

FIN DE LA TABLE.

